

RELAZIONE DI ATTIVITÀ
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
ANNO 2023

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE..... 2

COMUNICAZIONE..... 5

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA’ 6

SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI
MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE..... 9

IMPARARE DALL’ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI..... 18

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico a livello aziendale.

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)	Nel 2022 con la delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata formalizzata la nuova organizzazione aziendale per la gestione del rischio clinico, basata su un modello a rete, con identificazione delle varie responsabilità; sono state inoltre aggiornate le nomine dei referenti del rischio clinico di tutte le SC/SSD e la composizione dell'UGR. Con la delibera n.872 "Presa d'atto gestione attività del Rischio Clinico 2020/21 e piano 2022/23" è stato definito il piano delle risorse per garantire gli standard di sicurezza previsti. Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5 La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali. La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza della politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization). Il modello organizzativo della gestione del rischio è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow-up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.
G2 Gruppo Operativo UGR	Con la delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata aggiornata la composizione dell'UGR.
G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2022	L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2023 (15 maggio); il gruppo operativo UGR ha lavorato ai singoli progetti a piccoli gruppi in presenza, videoconferenza o via email, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina. I componenti partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali.
G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	I Referenti del rischio clinico sono stati riuniti in seduta plenaria durante il 2023 in data 22 giugno; inoltre sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e agli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet, la posta elettronica e un sistema di messaggistica istantanea.
G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2023 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR del 15 maggio 2023 e nella delibera n.738 "Presa d'atto relazione Attività di gestione del Rischio Clinico anno 2022 e Piano Aziendale Rischio Clinico 2023-2024". 1. Mantenimento attività di benchmarking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna 2. Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica 3. Incontri di co-producing con categorie speciali di pazienti 4. Organizzazione Campagne per la giornata mondiale dei pazienti e giornata mondiale Igiene delle mani

	5. Revisione e razionalizzazione cartella clinica in vista dell’informatizzazione 6. Valutazione software di cartella clinica elettronica 7. Revisione brochure informativa per pazienti infetti/colonizzati da Candida auris 8. Revisione opuscolo informativo per i pazienti candidati ad intervento chirurgico 9. Sperimentazione di un braccialetto per l’identificazione dei principali rischi per la sicurezza del paziente, basato sul codice colore 10. Implementazione IO Monitoraggio trasporti interni e Analisi criticità trasporti interni 11. Produzione cartellonistica di sensibilizzazione anti-violenza dell’utenza 12. Elaborazione Buona Pratica su gestione delirium e prevenzione della contenzione e diffusione a mezzo di incontri con il personale (O.B.2023) 13. Elaborazione/revisione IO sicurezza in sala operatoria e diffusione a mezzo incontri in presenza con il personale del BO e del dipartimento chirurgico (O.B. 2023) 14. Supporto metodologico nell’elaborazione PDTA Sindromi coronariche acute (O.B. 2023) 15. Programma di sorveglianza della ferita chirurgica (O.B 2023) 16. Supporto metodologico nell’elaborazione PDTA Mesotelioma pleurico (O.B. 2023) 17. Progetto biennale di miglioramento della gestione della sepsi in ospedale (O.B.2022-23) 18. Valutazione proattiva mediante tecnica FMECA del processo di televisita 19. Revisione modello documentazione sanitaria prestazioni oculistiche e hospice 20. Supporto alla elaborazione delle Istruzioni operative e all’attivazione del percorso di fast-track urologico 21. Revisione Protocollo aziendale Candida auris e accoglienza vittime di violenza 22. Organizzazione corsi aziendali in materia di sicurezza dei pazienti
G4 Eventi avversi / quasi eventi G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR	Nel 2023 sono stati ricevuti 37 Incident Reporting relativi a eventi avversi/near miss nell’ambito delle seguenti procedure: Procedura assistenziale 6 Procedura identificazione 5 Procedura trasfusionale 5 Procedure organizzative 4 Procedura diagnostica 3 Procedura gestione campione biologico 2 Procedura farmacologica 3 Procedura informatica 1 Procedura chirurgica 2 Procedura sanificazione 2 Altro 4 Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento: 1. Aggiornamento Istruzioni operative sicurezza chirurgica e incontri di diffusione a tutto il personale interessato 2. Raccomandazioni sul percorso di diagnosi oncologica 3. Istituzione del pool unico e del terzo turno di guardia interdivisionale 4. Raccomandazioni sulla sanificazione dei servizi diagnostici in caso di paziente infetto 5. Raccomandazioni sull’utilizzo della TC nella pancreatite acuta 6. Refreshing sulla procedura trasfusionale 7. Aggiornamento IO gestione pazienti Covid+ 8. Elaborazione percorso trombosi retiniche 9. Raccomandazioni su checklist di sala operatoria e gestione campioni operatori 10. Refresh su procedura cambio appuntamento ambulatoriale e su prevenzione errori di inserimento dati anagrafici 11. Introduzione di accesso diretto allo screening per alcune categorie di pazienti 12. Miglioramento procedura vaccinale 13. Informatizzazione lista pazienti in attesa gialla/verde in PS e implementazione grado di priorità richieste di radiologia 14. Raccomandazioni su compilazione cartelle cliniche durante i turni di guardia notturna 15. Miglioramento procedura gestione farmaco a uso diagnostico 16. Addendum alla procedura per la corretta identificazione del paziente in caso di decesso
G4.2 Misurazione cadute	Monitoraggio Eventi Avversi Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Il monitoraggio annuale 2023 ha evidenziato una stazionarietà del tasso/1000 giornate

G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)	di degenza (1.84). Il tasso delle cadute con danno medio-grave è risultato in riduzione rispetto allo scorso anno (da 0.30 a 0.23). Lesioni da pressione: nel 2023 il monitoraggio (cartaceo) è stato eseguito nel dipartimento medico. Il report dell'area medica ha documentato un tasso di 0,6 LDP di nuova insorgenza ogni1000 giornate come lo scorso anno.
G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)	Dati CIO 2023: Nel 2023 l'attività di formazione è stata focalizzata sui programmi di prevenzione e controllo e sulla notifica delle malattie infettive; le attività di prevenzione e controllo sul miglioramento degli standard di qualità della sanificazione ambientale con nomina nuovo Responsabile Area Logistico-Alberghiera, Introduzione programma PANT@ su qualità delle pulizie, differenziazione pulizie per rischio/complessità ambienti, introduzione di presidi fissi di pulizie in alcuni ambienti critici, ottimizzazione utilizzo sanificazione con perossido di idrogeno. Il monitoraggio si è articolato su 3 fronti: 1. le infezioni correlate all'assistenza il cui tasso è risultato pari al 3,6% di tutti i dimessi (dati SDO) 2. il monitoraggio del gel idroalcolico che ha prodotto i seguenti risultati: consumo aziendale aree di degenza: 12 litri/1000 giornate di degenza; aree non degenza: 2,5 litri al giorno 3. la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in ortopedia, ostetricia e chirurgia generale con tassi tra il 5% e l'8% nel periodo di osservazione. In occasione della Giornata Mondiale dell'igiene delle mani è stata effettuata una campagna di sensibilizzazione interna ed esterna. In occasione della Settimana sull'uso consapevole degli antibiotici è stato promosso un incontro con la popolazione e promossa una campagna educativa nelle farmacie. E' stata infine iniziata la ricognizione degli oneri probatori richiesti in caso di contenzioso per infezioni correlate all'assistenza.
G4.5 Altre misurazioni	Allontanamenti spontanei: nel 2023 sono stati registrati 13 allontanamenti di pazienti dal reparto di degenza. Segnalazione Aggressioni. Gli episodi segnalati sono stati 57, così distribuiti: DEA 18, Dipartimento Medico 9, Dipartimento Materno-Infantile 5, Dipartimento Salute Mentale 3, Dipartimento Prevenzione 2, Dipartimento dei Servizi 3, Dipartimento Oncologico 1, Dipartimento Cure Primarie 9, Dipartimento Chirurgico 4, Strutture Afferenti alla direzione 3. L'aggressione è stata prevalentemente verbale per 48 casi il resto riguarda gesti violenti e spinte per 9 casi, e si è verificata a carico di un infermiere nel 64% dei casi, di un medico nel 7% e di altri operatori nel 2% dei casi; la denuncia di infortunio è stata sporta in sei casi, la denuncia all'Autorità Giudiziaria in due casi. L'aggressore è stato più frequentemente un paziente. Altre misurazioni relative alla sicurezza delle cure sono state raccolte nell'ambito di 4 tesi di laurea svolte dagli studenti del CdL in Infermieristica – Unige (Polo di La Spezia) sui seguenti temi: - Autorimozione dispositivi nei pazienti con alterazioni cognitive e comportamentali: i presidi più frequentemente rimossi sono Catetere venoso periferico, catetere vescicale e SNG con conseguente mancata/ritardata somministrazione di terapie, idratazione e/o alimentazione, prolungamento della degenza e aggravio del lavoro degli operatori - Utilizzo di braccialetti colorati (color code internazionale) per i principali rischi clinici (es. cadute, allergie, ecc): il 79% degli operatori si è sentito più sicuro grazie alla presenza del braccialetto; il 59% ha affermato che il braccialetto ha contribuito a prevenire un evento avverso in almeno 1 occasione - Aspetti emergenti nelle aggressioni agli operatori sanitari e sociosanitari: sono emerse differenze di genere nelle tipologie e nei contenuti delle aggressioni (fisiche più a carico del sesso maschile; minacce e offese più a carico del sesso femminile; 10% degli intervistati ha subito aggressioni via web e/o social).
G5 Eventi sentinella G5.1 Misurazione eventi	Nel 2023 non sono stati registrati eventi sentinella.

sentinella	
G6 Gestione sinistri G6.1. Misurazione sinistri	La gestione dei sinistri avviene in linea con il protocollo regionale (DGR n. 102 del 31/01/2014).
G7. Programmi strutturati di benchmarking	L'azienda attua programmi strutturati di confronto al proprio interno mediante certificazione aziendale da parte di ente terzo a livello del dipartimento dei servizi (SS.CC. Radiologia, Medicina nucleare, Patologia clinica, Immunoematologia e servizio trasfusionale, SSD Neuroradiologia e SSD Laboratorio specialistico di tossicologia) e del dipartimento oncologico (SC Fisica sanitaria, SC Anatomia Patologica e SC Radioterapia). Nel 2023 è stato eseguito un benchmarking esteso a tutte le strutture attraverso gli indicatori del PNE e della valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il report PNE 2023 ha messo in evidenza un livello di aderenza molto alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 min • Riparazione AAA non rotto: mortalità a 30 giorni • Proporzione di episiotomie nei parti vaginali • Colectomia laparoscopica: volume superiore a 50 casi/anno • Nuovi interventi entro 120 giorni per chirurgia conservativa per K mammella e un livello di aderenza alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • Proporzione di parti con taglio cesareo primario • Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni • Colectomia laparoscopica: ricoveri con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni

COMUNICAZIONE

Modalità di comunicazione all'interno dell'azienda, verso altre aziende verso le istituzioni regionali e nazionali

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente	Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet, dalla mail aziendale e da una chat whatsapp dei referenti del rischio clinico e coordinatori sanitari. Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati). Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'Azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (es. rischio di infezioni correlate all'assistenza, rischio di errori di identificazione, rischio cadute in ospedale). Il rappresentante nell'UGR dei cittadini/pazienti ha partecipato assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali. Nel 2022 è stata aggiornata la pagina internet del Risk Management sul sito aziendale esterno. Inoltre nel 2023 il Risk Management ha prodotto, in collaborazione con l'ufficio stampa e le altre funzioni aziendali interessate, comunicati internet, servizi su stampa e TV locale in
---	--

	occasione della Giornata Nazionale contro la violenza a danno degli operatori sanitari, della Giornata Mondiale per l'igiene delle mani, della Giornata Mondiale per la sicurezza dei pazienti e della Settimana Mondiale per l'uso consapevole degli antibiotici. Nel 2023 si sono svolti i primi due appuntamenti del ciclo di incontri "Costruiamo insieme la nostra salute" in data 16 novembre (Antibiotici: istruzioni per l'uso) e 13 dicembre (Sicurezza delle cure: faccio anch'io la mia parte!) per un totale di circa 240 presenze di cittadini e 160 studenti; in tali occasioni è stato distribuito ai presenti materiale sulle buone pratiche per la sicurezza. Sempre nel 2023 è stata adottata la Carta della Qualità e Sicurezza, promossa da FIASO e Cittadinanzattiva, e presentata alla popolazione mediante conferenza stampa e alle associazioni del terzo settore mediante evento dedicato.
C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento e postati sulla chat whatsapp. Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti.
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	La diffusione di procedure/protocolli/istruzioni operative approvate, buone pratiche, campagne di sensibilizzazione e decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo avviene via email, inviate dal Risk Manager ai referenti del rischio clinico e/o ai componenti dei vari gruppi di lavoro e/o a tutti gli operatori, a seconda della rilevanza dell'argomento in termini di rischio. L'Azienda verifica l'efficacia della comunicazione adottata rispetto a procedure, protocolli e istruzioni operative per alcuni aspetti annualmente, per altri ogni 2-3 anni (es. annualmente, lavaggio delle mani, cadute; ogni 2-3 anni armadio farmaci, check-list carrelli emergenza).
C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e cadute, flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali).
C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	Nel corso del 2023 è stata eseguita valutazione dell'informazione fornita ai cittadini, comprendente alcuni aspetti inerenti il rischio clinico nell'ambito di uno studio promosso dall'Università di Genova. Il campione ha incluso 100 ricoverati. Oltre il 50% ha affermato di aver ricevuto informazioni chiare su sintomi e segni a cui fare attenzione e sull'aiuto che è possibile avere dopo la dimissione; il 51-55% ha dichiarato di aver ricevuto informazioni comprensibili durante il ricovero, rispettivamente dagli infermieri e dai medici.
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l'ultima valutazione insieme a quella del benessere organizzativo è stata eseguita nel 2023 sul personale del comparto, nell'ambito di uno studio, promosso dall'Università di Genova. Tale valutazione ha evidenziato un miglioramento rispetto alla precedente e rispetto al campione regionale e nazionale relativamente ad item quali il lavoro di squadra, la sostenibilità del lavoro, il benessere psicologico. Durante il 2023, sono stati ricevuti 90 ringraziamenti/elogi/encomi

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITÀ

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

F1 Piano	Il piano formativo aziendale prevede ogni anno un progetto formativo in materia di rischio clinico in
-----------------	---

formativo UGR aziendale e interazioni 2022	linea con i fabbisogni locali e le linee di indirizzo regionali. Nel 2023 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico:				
	CORSO	EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI (effettivi)	DURATA IN ORE (singola edizione)	CREDITI AD EDIZIONE
	BLS	32	527	05:00	8
	PBLS	5	67	05:30	7,4
	CORSO NEOASSUNTI	3	170	04:15	4
	CORSO "L'ERRORE PUO'ATTENDERE"	1	345	15:30	10
F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	La valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure basate sulle raccomandazioni ministeriali avviene attraverso gli Audit interni effettuati dalla SS Qualità e accreditamento, l'analisi degli incident reporting, dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture. Nel 2023 sono stati effettuati n. 19 audit interni di sistema su n. 25 audit programmati (76%). Gli audit sono stati effettuati nelle seguenti Strutture/Servizi aziendali: Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Laboratorio Specialistico di Tossicologia, Radioterapia, Fisica Sanitaria, Patologia Clinica e Laboratorio Analisi, Immunoematologia e Servizi Trasfusionali, Radiologia e Neuroradiologia , SPDC, Pneumologia, Anestesia e Rianimazione (U.T.I.), Distretto 18- Casa salute Via Sardegna, Assistenza Psichiatrica Distretto 18, SERT Distretto 19, Distretto 17- Casa Salute Ceparana, Medicina Multispecialistica, Hospice, Terapia Fisica e Riabilitazione Via Sardegna, Neuropsichiatria Infantile Centro adolescenza Via Gramsci (sede provvisoria). I principali rilievi hanno riguardato la documentazione clinica, la revisione delle procedure operative e la loro condivisione, la condivisione delle linee guida di riferimento, la cartellonistica, il verbale di formazione, l'uso sistematico di documenti di registrazione. Si è notato un miglioramento nella strutturazione e formalizzazione dei PDTA in particolare sul Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, si rileva la necessità di elaborare ulteriori percorsi ospedale-territorio, in particolare per la presa in carico del paziente fragile; anche presso le strutture non certificate si è riscontrata l'individuazione di alcuni indicatori di performance che si è raccomandato di monitorare secondo i target e le tempistiche stabilite. In alcune Strutture, a differenza di alcuni anni fa, è stata riscontrata evidenza di gestione degli eventi avversi-near miss (utilizzo della scheda di incident reporting o altro strumento di segnalazione, analisi strutturata preventiva o correttiva relativamente a near-miss o eventi avversi occorsi) e da questo punto di vista si è riscontrato un miglioramento nella gestione del rischio clinico. Non sempre c'è evidenza della verbalizzazione dei SEA effettuati all'interno delle strutture o di segnalazione formale di atti di violenza agli operatori (OSS). Relativamente alle strutture certificate, sono state formulati i seguenti rilievi: implementare in alcune Strutture l'analisi del contesto e gestire più puntualmente con evidenza di "pesatura" i rischi e le opportunità, effettuando il monitoraggio delle azioni individuate a cadenza più ravvicinata; prendere in carico e gestire il rapporto di non conformità rev.1; effettuare in modo sistematico la revisione di alcuni processi primari e della loro descrizione; effettuare, in alcune strutture, la puntuale valutazione dell'efficacia degli eventi formativi effettuati dal personale della dirigenza sulla modulistica preposta; mettere in atto strategie per rendere maggiormente significativa la rilevazione della soddisfazione del cliente, in particolare relativamente agli stakeholder interni; migliorare la definizione del traguardo atteso in alcuni obiettivi inseriti nel programma di miglioramento				
F3 Promozio	La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite: 1.tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle				

ne dell'igiene delle mani	mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc.) 2.disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura). Nel 2023 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del CIO e attraverso la campagna di sensibilizzazione rivolta a operatori sanitari e cittadini, in occasione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani (5 Maggio 2023).
F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	L'introduzione di nuove tecniche e nuovi dispositivi di sicurezza avviene generalmente mediante incontri ad hoc con il personale. Nel 2023 sono stati effettuati incontri su i nuovi aghi con dispositivi di sicurezza.
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	La valutazione del rischio di caduta viene effettuata per i degenti mediante scala di Conley, inserita in tutte le cartelle cliniche. In ambito psichiatrico viene invece utilizzata la scala Ipfrat. La prevenzione delle cadute è eseguita mediante l'educazione diretta del paziente e del caregiver, un'informativa (poster Cadute distribuito a tutte le SC/SSD) e la promozione di un ambiente sicuro (es. letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc.). Inoltre dal 2018 vengono effettuati annualmente i cosiddetti "Giri per le cadute", a cura di un gruppo multi-professionale (SS Risk management, SS professioni sanitarie, SC Gestione Tecnica e rappresentante dei cittadini in UGR) al fine di verificare l'applicazione delle misure di prevenzione delle cadute.
F6 BLSD e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLSD/PBLS ogni 2-3 anni/operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA. Nel 2023 sono state eseguite 32 edizioni del corso BLSD (formati 527 discenti) e 5 edizioni del corso PBLSD (formati 67 discenti).
F7 Definizione e profilo di competenza e sua valutazione	L'azienda ha esplicitato la spiegazione delle varie posizioni funzionali definendo le caratteristiche degli incarichi e delle connesse responsabilità, sia per gli incarichi professionali (incarico di altra professionalità) che gestionali (struttura semplice; coordinatori e posizioni organizzative). Doveri e responsabilità sono contenuti nei contratti e nei codici di comportamento. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori di Struttura complessa. Non esiste tuttavia una chiara job description, con l'eccezione delle strutture certificate. In queste strutture la valutazione delle competenze viene effettuata su apposita scheda tutte le volte che è ritenuto necessario (esempio: nuovi ingressi/nuove mansioni, introduzione di nuove metodiche diagnostiche o di nuove apparecchiature). Nel 2023 è stata effettuata valutazione delle performance individuali attraverso una scheda di valutazione sulle competenze organizzative e sui comportamenti e valutazione degli obiettivi individuali per i titolari di incarico, i coordinatori e le posizioni organizzative.
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	Non esiste al momento un'istruzione operativa sulle modalità di educazione terapeutica al paziente e caregiver. Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SC/SSD.

SICUREZZA DEL PAZIENTE
APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

Contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali attraverso l’elaborazione di procedure aziendali e sviluppo di “Buone pratiche”

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute		
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico sito chirurgico	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell’applicazione della checklist di sala	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)		
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐

	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [] NO [X]
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [] NO [X]
S1.11 Raccomandazione 11 – Gen. 2010 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale	SI [X] NO []
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI [X] NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X] NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X] NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO []

S1.15 Raccomandazione 15 – Feb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.16 Raccomandazione 16--Apr. 2014 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura aziendale (pubblicata raccomandazione) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []

S.2 Sviluppo Buone Pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2023 sono stati effettuati 14 audit SEA su Incident Reporting. Nessun audit è stato accreditato ECM.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale	L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze . Tale documento include campi definiti per le allergie e la Scheda Unica di terapia (STU). La cartella clinica informatizzata è in uso nelle SS.CC. Medicina Interna 1, Oncologia, Medicina d'urgenza e Malattie Infettive. La richiesta di consulenze è informatizzata su tutta l'Azienda. A partire da Ottobre 2019, è stato introdotto in tutti i reparti (eccetto, per ragioni di peculiarità, SC Anestesia e Rianimazione e Neonatologia) un software per la compilazione di anamnesi/esame obiettivo/ricognizione-riconciliazione/lettera di dimissione. Nel 2022 è stato elaborato un progetto biennale per la nuova cartella clinica hanno fatto

	parte del gruppo di lavoro: DMPO, Professioni Sanitarie, Qualità e Rischio clinico, proseguito nel 2023 con la produzione di un modello cartaceo aggiornato e la valutazione di cartelle cliniche elettroniche disponibili per l'acquisizione.
S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica	Annualmente il Sistema Qualità esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il Controllo di Gestione monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate. Tutte le SC/SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture eccetto Pediatria e Terapia Intensiva, dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SS.CC. dotate di cartella elettronica. Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni e ad opera della DMPO in collaborazione con le Professioni sanitarie e con il Risk Management. Nel 2023 il monitoraggio ha raccomandato di migliorare la compilazione della cartella clinica e della relativa modulistica (STU, consenso informato, etc.), in particolare per il personale medico delle degenze chirurgiche auditate; nelle strutture afferenti al dipartimento medico si è riscontrato un miglioramento significativo nella redazione della cartella clinica e della relativa documentazione.
S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia	
S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria	La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. Il sistema qualità esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a check-list di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico. Nel 2023 è stato aggiornato il modulo della checklist per renderlo più aderente al lavoro in sala.
S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario	Il Sistema Qualità segue annualmente controlli a campione anche dei consensi informati al trattamento sanitario. Nel 2023 è stata modificata l'espressione del consenso/dissenso nelle dichiarazioni presenti ed è stato abolito il consenso al trattamento dei dati sensibili, come da normativa.
S2.3. Corretta identificazione del paziente	Tutte le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto identificativo. E' in fase di programmazione la implementazione del braccialetto identificativo in sala parto e per la sicurezza trasfusionale. Nel 2023 è stata diffuso un addendum alla procedura per la corretta identificazione del paziente in caso di decesso.
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Vedi Paragrafo G4.4
S2.5. Igiene delle mani	Per la promozione dell'igiene delle mani vedi F3. L'adesione al lavaggio delle mani viene monitorato nelle strutture di degenza e non attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. L'azienda partecipa al sistema di monitoraggio nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di sanità. Vedi anche paragrafo G4.4.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2023 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	La prevenzione della contenzione fisica si basa sull'utilizzo di una scheda che presenta criteri molto restrittivi e sulla prevenzione del delirium. Nel 2023 è stata elaborata una buona pratica sulla prevenzione della contenzione e la gestione del delirium ed è stata diffusa a oltre 300 operatori mediante 4 incontri.
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Il protocollo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressioni è stato sviluppato in area medica e in terapia intensiva e include indicazioni per identificare i soggetti a rischio di contrarre lesioni da pressione (LDP), prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione nei soggetti a rischio, uniformare l'attività infermieristica relativa alla prevenzione delle lesioni da pressione.

S2.9 Gestione del dolore	La gestione del dolore si basa su linee guida aziendali pubblicate su intranet. La scheda terapeutica unica universale contiene uno spazio dedicato per la terapia postoperatoria, fra cui quella analgesica. L'adesione al monitoraggio del dolore viene verificata con la revisione delle cartelle cliniche effettuata a campione durante gli audit del sistema Qualità.
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	L'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali avviene ad opera di gruppi di lavoro multidisciplinari in risposta ad esigenze locali o indirizzi regionali o nazionali. I PDTA vengono redatti secondo un format aziendale disponibile presso la SS Qualità e Accreditamento e revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2023 sono stati elaborati/aggiornati i seguenti PDTA: Sindrome coronarica acuta, Mesotelioma, Breast Unit, Litiasi della Colecistiti.
S2.11 Percorso nascita	Il percorso nascita è sottoposto a monitoraggio annuale attraverso una serie di indicatori. Nel 2023 sono stati rilevati i seguenti indicatori: ➤ numero parti 672 ➤ numero parti in analgesia n° 56 (8,3%) ➤ tagli cesarei programmati 81 (12%) ➤ tagli cesarei in urgenza 63 (9%) ➤ tagli cesarei in emergenza 19 (3%) ➤ customer interview (100 % consegnata) Consultorio Sarzana: 249 accessi; 112 donne hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita presso il consultorio: Consultorio La Spezia: 290 gravidanze seguite; 177 donne che hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita. Pressoché tutte (eccetto qualche straniera appena arrivata in Italia) hanno fatto il primo accesso entro il primo trimestre.
S2.12 Buone pratiche AGENAS	Nel 2023 è stata inviata una buona pratica all'osservatorio buone pratiche AGENAS su una esperienza di "pazienti/caregiver come docenti".
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni della SS Qualità e Accreditamento.
S4.3 Monitoraggio percorso farmaci	Il percorso aziendale dei medicinali è informatizzato dal loro arrivo in azienda, a seguito di un ordine amministrativo, alla richiesta e fino alla consegna al paziente o al reparto. Dal 2019, il percorso, è stato implementato con la tracciatura relativa al numero di confezione per tutte le erogazioni effettuate al paziente, per la successiva assunzione al domicilio, ed anche per le erogazioni ospedaliere che avvengono tramite il magazzino centrale di Vincinella. Nel 2021 sono state aggiornate tutte le procedure della SC Farmacia e pubblicate su intranet. Nel 2023 sono state effettuate in totale effettuate nr 64 ispezioni a reparti/servizi. In 3 di queste ispezioni sono state fatte rilevazioni.
S4.5 Monitoraggio percorsi campioni di materiale biologico	La S.C. Anatomia Patologica esegue un monitoraggio costante sui campioni biologici in accettazione e produce un report semestrale: • Nel primo semestre del 2023 anomalie nello 0.75% dei campioni • Nel secondo semestre del 2023 anomalie nello 0.61% dei campioni Il monitoraggio eseguito nel 2023 dalla SC Patologia Clinica ha rilevato: • campioni emolizzati 3,2% • campioni coagulati 0,8% • campioni inadeguati per esami microbiologici 0.9%. Il servizio immunotrasfusionale ha segnalato: • campioni non idonei <50/anno per ciascun tipo di problematica (es. informatica, biologica, ecc.).
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel corso del 2023 i risultati delle analisi hanno indicato il rispetto dei criteri di sicurezza alimentare.
S4.7 Monitoraggio Percorso Sterilizzazione	Nella centrale di sterilizzazione aziendale sono presenti 3 autoclavi da 8 unità e una sterilizzatrice al plasma. Attività svolta nel 2023: autoclave 1 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 = 1.828 cicli

	autoclave 2 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 = 1.47 cicli autoclave 3 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 = 1.704 cicli macchina plasma dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 = 603 cicli totale cicli autoclavi dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 5.982 totale kit processati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 15.446 totale buste vapore (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 92.949 totale buste gas plasma (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 4.438 Totale buste vapore + gas plasma = 97.387 Non sono state segnalate anomalie nel processo di sterilizzazione, a parte alcuni blocchi nell'autoclave interna al BO di La Spezia negli ultimi mesi dell'anno per i quali è stata incrementata l'attività di sterilizzazione centralizzata, compresi i trasporti da e per la centrale.
S4.8 Monitoraggio percorso rifiuti	L'esito del monitoraggio del percorso rifiuti è riassunto nel MUD (Modello Unico Dichiarazione ambientale) che specifica quanti e quali rifiuti vengono prodotti e come vengono smaltiti e avviati al recupero. Il MUD 2023 è disponibile dal mese di giugno 2024.
S4.9 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	I trasporti intraospedalieri si distinguono in: - trasporti programmati: da eseguirsi nel rispetto degli orari indicati nelle richieste trasmesse dalle SS.CC./SSD e nel caso di richieste particolari non oltre 20 minuti dalla richiesta; - trasporti di rientro del paziente in reparto dopo esecuzione dell'accertamento/consulenza: da eseguirsi entro e non oltre 20 minuti dalla richiesta del servizio interessato. Il Direttore Medico, i Dirigenti Medici e il Personale della DMPO, in un rapporto di collaborazione fattivo e quotidiano con i referenti, monitorano il mantenimento dello standard qualitativo e quantitativo richiesto, in termini di organizzazione del servizio, gestione del personale dedicato, mezzi e attrezzature impiegate, rapporti con le strutture ospedaliere. Quanto sopra a garanzia dell'ottimizzazione dell'efficienza del servizio nel rispetto dei tempi previsti per la risposta alle richieste di trasporto anche nelle situazioni di emergenza e in caso di sciopero. La DMPO acquisisce inoltre le segnalazioni di reclamo, di insoddisfazione, di anomalie di comportamento in forma scritta e orale da parte dell'utenza e del personale dei reparti richiedendo chiarimenti per iscritto ai Referenti al fine di attuare con gli stessi i necessari interventi correttivi. Nel corso del 2023 è continuata nel caso di richiesta di trasporto di pazienti positivi al Covid o sospetti, la predisposizione "on demand" di trasporto Covid, con l'utilizzo di adeguate precauzioni e successive modalità di sanificazione. Nell'anno 2023 non risultano pervenute segnalazioni relative ad episodi degni di nota da parte di terzi, mentre la ditta in appalto ha più volte segnalato il fermo macchina in caso di alcune consulenze/esami diagnostici per cui è stato effettuato un audit con identificazione di modalità operative differenti.
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	Le attività svolte dal Servizio antincendi nel 2023 sono le seguenti: - formazione base (12 ore teoria/4 ore pratica/esame c/o comando vvf.)effettuato anno 2023 a n. 170 unità personale Asl 5 / sessioni n 7 - aggiornamento (5 ore teoria/ 3 pratica) effettuato anno 2022 a n. 200 unità personale Asl 5 / sessioni n 5 - aggiornamento (5 ore teoria/3 pratica) effettuato anno 2023 a n. 200 unità personale Asl 5 / sessioni n 5 - esercitazioni antincendio con prova di evacuazione effettuate nell' anno 2023 in 16 sedi (tutti i livelli).
S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi	La S.C. Farmacia riceve, per posta certificata, da ALISA (o direttamente dalla Ditta fornitrice) la comunicazione di revoca/ritiro di un farmaco/dispositivo. Il ritiro viene diffuso ai vari livelli aziendali ed extraaziendali interessati e pubblicato su sito intranet aziendale in una apposita sezione. Nel 2023 il monitoraggio relativo alla farmacovigilanza ha evidenziato la gestione di n. 214 ritiri/revoche di farmaci. Per quanto riguarda i dispositivi sono state effettuate n°77 avvisi di sicurezza/riciamo relativi a dispositivi medici.
S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione	1) La rilevazione di criticità/non conformità avviene da parte della Struttura interessata (utilizzatore dell'apparecchiatura), ovvero da parte dell'Ingegneria Clinica anche attraverso la società affidataria della manutenzione del bene oggetto di verifica. L'ingegneria Clinica, confrontandosi con l'utilizzatore, valuta l'eventuale necessità di

ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature	fermo macchina dell'apparecchiatura e /o attrezzatura in attesa di esecuzione intervento tecnico per la rimozione della non conformità da parte del soggetto incaricato ed attivato mediante compilazione apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica. 2) Le ditte manutentrici intervengono sull'apparecchiatura e in caso di conformità, concluso l'intervento, svolgono le verifiche di sicurezza elettrica e compilano il rapporto di lavoro, firmato per presa visione dal Responsabile della S.C. interessata, cui viene rilasciata una copia. Al termine delle attività, le ditte manutentrici aggiornano i sistemi di gestione informatici. Eventuali dettagli tecnici e storie manutentive dei beni, tipologie e frequenza dei guasti, sono estraibili dai database succitati. 3) In caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, ovvero per valutata opportunità di aggiornamento tecnologico a beneficio dell'utenza oltreché dell'attività di reparto, l'Ingegneria Clinica dispone il fuori uso dell'attrezzatura, a seguito di confronto con l'utilizzatore. La Struttura interessata, sottopone all'Ingegneria clinica, se del caso, istanza di sostituzione del bene fuori uso mediante apposita modulistica secondo la procedura aziendale. L'Ingegneria Clinica valuta il fabbisogno e lo sottopone alla Direzione Strategica. In merito alla società HC (affidataria manutenzione apparecchiature a medio-bassa tecnologia), viene elaborata trimestralmente una relazione che riporta l'andamento delle attività svolte rispetto al programma. Tali dati aggregati sono altresì riportati in modo puntuale (per ogni singola apparecchiatura) nell'applicativo gestionale BiogestNT, accessibile ai reparti. Relativamente alle altre tecnologie il monitoraggio avviene attraverso il gestionale BiogestNT oltreché, se disponibile, attraverso i portali dedicati nell'ambito dei contratti di riferimento. I principali interventi di manutenzione di strutture ed impianti nel 2023 sono stati i seguenti: programmato efficientamento energetico con sostituzione caldaia e intervento su anello primario acqua calda dello stab. S.Andrea di la Spezia, ampliamento di due posti letto del reparto di Cardiologia, verificata la non staticità del Padiglione Paita, si è proceduto allo spostamento delle attività ambulatoriali e di degenza presenti al suo interno, attivazione 20 posti letto di Cure Intermedie presso lo stabilimento san Bartolomeo, avvio dei cantieri per l'ammodernamento delle case di comunità e per la manutenzione straordinaria dello stab. S. Andrea.
S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)	Nel corso del 2019 è stato rivisto il percorso di valutazione e gestione delle richieste di dispositivi medici. Nello specifico è stata introdotta con deliberazione n.238 del 3 aprile 2019 una specifica commissione per l'appropriatezza dei dispositivi medici. Il monitoraggio relativamente agli aspetti di consumo è avvenuto con report trimestrale per CdC alla direzione strategica. Nel 2023 sono state valutate n° 3335 richieste di approvvigionamento dispositivi medici; attraverso la Commissione dispositivi medici Aziendale sono state valutate n°8 richieste di nuova introduzione dispositivi medici.
S5.2 Monitoraggio Procedura Readback	Nel 2023 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI
(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.55 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
--	--

I2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)	Il Referente aziendale del rischio clinico nel 2023 o un suo delegato partecipano agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri.
I3 Report Sinistri	La Regione Liguria e ALISA, in ottemperanza al dettato normativo, hanno creato un flusso informativo regionale per la gestione dei sinistri, modellato su quello ministeriale. Il flusso è centralizzato a livello regionale e unico per tutte le aziende sanitarie e consente di seguire l'iter della pratica del sinistro dalla sua apertura fino alla conclusione degli eventuali procedimenti civili e penali. L'inserimento dei dati per tutto l'iter di un sinistro è a carico delle strutture Affari Legali e Affari Generali di ciascuna Azienda Sanitaria. I contenuti del flusso informativo, dalla data di pubblicazione del D.M. 11/12/2009, sono stati più volte rivisti dal Gruppo Tecnico delle Regioni, per renderli più aderenti alle esigenze locali e di maggiore agevolezza nella ricerca dei dati.
I4 Attività	Nel 2023 non sono state intraprese azioni di miglioramento sulle dichiarazioni di consenso a partenza dai sinistri discussi durante le riunioni del Comitato valutazione sinistri. E' stato creato un dossier per gli oneri probatori da produrre in caso di ICA (sentenza cassazione 3/3/2023).

ELENCO ALLEGATI: tutti i documenti citati nel testo sono pubblicati sul sito Intranet aziendale nella sezione rischio clinico o nelle sezioni dedicate (ad es. CIO)

La Spezia, 11 giugno 2024



dr.ssa Micaela La Regina
Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico