



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti inerenti i Referenti del Rischio Clinico. (solo se presenti) CIG CUP

Struttura proponente: S.C. Governo Clinico e Risk Management
S.S.D.:
Dirigente proponente: Micaela La Regina
Responsabile del procedimento: Micaela La Regina
Estensore del Provvedimento: Corinne Albano
Responsabile Unico del Progetto:
Direttore Esecuzione Contratto/Responsabile del contratto:

Importo di spesa € 9.000,00	Anno 2025 € 3.000€	Anno 2026 € 3.000€	Anno 2027 € 3.000€
Importo di entrata	Anno	Anno	Anno

Direttore SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie: Dott. Luca RICCIARDI	
Previsto nel bilancio di previsione anno 2024	
Da prevedere nel bilancio di previsione anno 2025	3.000,00
Stato patrimoniale anni	
Nr. Conto di bilancio	Autorizzazione spesa nr.
141010010 141005010 125010020	2025/13

Comporta costi	SI
----------------	----

Allegati:
Allegato 1 – Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e Piano aziendale Rischio Clinico 2024-2025

Da trasmettere a:	
per competenza:	
per conoscenza:	

OGGETTO: Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti.

IL DIRETTORE S.C. GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT

VISTI gli articoli 3 e 15 bis del D.Lgs. 502/1992 e smi "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23.10.1992 n. 421";

VISTO il D.Lgs. 165/2001 e smi "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTE:

- la L.R. Liguria n. 41/2006 e smi "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- la L.R. Liguria n. 17/2016 e smi "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria A.Li.Sa. e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria";
- la L.R. Liguria n. 27/2016 a smi "Modifiche alla L.R. 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla L.R. 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria A.Li.Sa. e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria)";

VISTO l'Atto di Autonomia Aziendale approvato con deliberazione n. 167 dell'8.3.2019;

VISTO l'art.2 comma 5 della legge n.24 dell' 8 marzo 2017 che prevede che le strutture di gestione del rischio clinico predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.1308 del 24.11.2006 "Sistema regionale per la gestione del rischio clinico: indicazioni per le aziende sanitarie e istituzione della commissione regionale di coordinamento" che prevede fra i compiti dell'Unità di Gestione del Rischio Aziendale quello di definire un piano annuale di attività che individui le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento;

RICHIAMATA la deliberazione del consiglio regionale assemblea legislativa della Liguria 21-22/11/2023 n. 19 "Piano socio sanitario regionale 2023-2025" che fornisce indirizzi per le attività di gestione del Rischio Clinico per il triennio 2023-2025;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta Regionale n.656 del 07.07.2023 ad oggetto: "Assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023 ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie e dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, nonché all'IRCCS Gaslini e agli Enti";

VERIFICATO che nell'ambito della riunione plenaria della Unità di Gestione del Rischio Aziendale del 10 giugno 2024 è stata presentata la relazione annuale sulle attività di gestione del rischio e, di conseguenza, definito il Piano Aziendale del Rischio Clinico per il 2024-25, integrato con il piano aziendale del rischio infettivo e dell'igiene mani, quale strumento efficace per il raggiungimento degli obiettivi prioritari in tema di sicurezza delle cure;

PRESO ATTO che i contenuti dell'operato del 2023 e le azioni programmate per il 2024--25 sono descritte nell'allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO che lo Standard 1.2 dello strumento di autovalutazione "CARMINA", adottato dal Sistema Sanitario Regionale ai sensi della D.G.R. n.161/2016, prevede che l'organizzazione disponga di un piano per definire le risorse (umane e strumentali) per il raggiungimento degli standard di sicurezza e che la delibera DG ASL5 n. 871 del 29 Settembre 2022 "Riorganizzazione Sistema Aziendale di Gestione del Rischio Clinico e aggiornamento nomine referenti aziendali del Rischio Clinico e composizione Unità di Gestione del Rischio" prevede a tale scopo la costituzione e il mantenimento di una rete di Referenti e l'assegnazione di un budget annuale pari a 3.000 € per la realizzazione di iniziative di promozione della sicurezza delle cure;

CONSIDERATO che il rischio infettivo è parte integrante del rischio clinico e che è opportuno istituire una rete di professionisti che rappresentino il collegamento fra il Gruppo Operativo del Comitato Infezioni Ospedaliere (GOCIO) e le strutture aziendali per portare avanti i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni e la stewardship antibiotica;

VERIFICATO che non esiste un elenco aziendale di "link professional" e/o di referenti per la stewardship antibiotica, che l'elenco dei referenti aziendali del rischio clinico è in parte cambiato rispetto all'ultimo aggiornamento allegato alla delibera DG ASL5 n.871 del 29 Settembre 2022, a seguito di trasferimenti/collocamenti a riposo e che richiede un aggiornamento costante;

RITENUTO OPPORTUNO identificare i "link professional" aziendali con i referenti aziendali del rischio clinico non medici e i referenti della stewardship antibiotica con i referenti aziendali del rischio clinico medici e identificare il Direttore/Responsabile S.C./S.S.D. e il coordinatore sanitario quale responsabile della comunicazione del sostituto del Referente aziendale del rischio clinico in caso di collocamento a riposo o trasferimento e la SC Governo clinico e Risk Management della tenuta e dell'aggiornamento costante dell'elenco dei referenti aziendali del rischio clinico sulla pagina intranet "Gestione del Rischio Clinico";

DATO ATTO che l'onere complessivo derivante dall'adozione del presente atto ammonta ad Euro 3.000/anno__IVA inclusa per gli anni 2025, 2026 e 2027;

DATO ATTO che la presente proposta è predisposta nell'ambito della sfera di competenza della Struttura proponente. Il Direttore della stessa attesta l'avvenuta regolare istruttoria della pratica e la conformità del procedimento alla vigente normativa. Il Dirigente proponente attesta altresì l'assenza di situazioni di conflitto di interessi rispetto a quanto previsto dagli articoli 6 e 13 del D.P.R. 16.4.2013 n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 271 del 14.03.2024;

Tutto ciò premesso

PROPONE

1. di considerare la premessa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare la Relazione sulle Attività di Gestione del Rischio Clinico anno 2023;
3. di approvare il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 2024-25;
4. identificare i "link professional" aziendali con i referenti aziendali del rischio clinico non medici e i referenti della stewardship antibiotica con i referenti aziendali del rischio clinico medici;
5. di identificare il Direttore/Responsabile S.C./S.S.D. e il coordinatore sanitario quale responsabile della comunicazione del sostituto del Referente aziendale del rischio clinico in caso di collocamento a riposo o trasferimento e la SC Governo Clinico e Risk Management della tenuta e dell'aggiornamento costante dell'elenco dei referenti aziendali del rischio clinico sulla pagina intranet "Gestione del Rischio Clinico";

6. di assegnare alla funzione di Gestione del Rischio Clinico un budget annuo di € 3000 € per gli anni 2025-26- 27, da includere nel budget di previsione;
7. di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale aziendale, ai fini della massima trasparenza ed accessibilità totale, ai sensi della vigente normativa, e di pubblicarlo altresì all'Albo Pretorio informatico di questo Ente, ai sensi dell'art. 32 della Legge 69/2009.

IL DIRETTORE
S.C. GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT
(Dott.ssa Micaela LA REGINA)

Per visto di regolarità contabile
IL DIRETTORE
S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
(Dott. Luca RICCIARDI)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO l'art. 3 D.Lgs 502/1992 e s.m.i. ed in virtù dei poteri conferiti con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1137 del 30.12.2020 e confermati con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1367 del 27.12.2023;

LETTA E VALUTATA la proposta di deliberazione di cui sopra, presentata dal Dirigente preposto alla materia;

PRESO ATTO che chi propone il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è legittimo e congruente con le finalità istituzionali dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Maria Alessandra MASSEI)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott.ssa Pamela MORELLI)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott.ssa Simonetta LUCARINI)

DELIBERA

Di far propria la proposta sopra riportata, recependola integralmente nei termini indicati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Paolo CAVAGNARO)

Ai fini della pubblicazione il presente provvedimento

è

non è soggetto a data protection

Il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali attesta che la presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio dell'ASL 5 , ai sensi della normativa vigente.

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda

70-61-4F-49-40-61-6C-42-FD-0E-96-7A-B3-36-75-C9-94-8A-BF-65

PAdES 1 di 3 del 04/09/2024 10:25:21

Soggetto: LUCA RICCIARDI

S.N. Certificato: 3D528BD7

Validità certificato dal 02/10/2023 12:54:29 al 02/10/2026 12:54:29

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 2 di 3 del 04/09/2024 09:22:49

Soggetto: MICAELA LA REGINA

S.N. Certificato: 5AFE5D80

Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 3 di 3 del 22/08/2024 16:11:44

Soggetto: MICAELA LA REGINA

S.N. Certificato: 5AFE5D80

Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

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.

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>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 "Presenza 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.</p> <p>Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5</p> <p>La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2022</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p>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 "Presenza d'atto relazione Attività di gestione del Rischio Clinico anno 2022 e Piano Aziendale Rischio Clinico 2023-2024".</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR</p>	<p>Nel 2023 sono stati ricevuti 37 Incident Reporting relativi a eventi avversi/near miss nell'ambito delle seguenti procedure:</p> <p>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</p> <p>Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Monitoraggio Eventi Avversi</p> <p>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</p>

<p>G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)</p> <p>G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)</p> <p>G4.5 Altre misurazioni</p>	<p>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).</p> <p>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 ogni 1000 giornate come lo scorso anno.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>Allontanamenti spontanei: nel 2023 sono stati registrati 13 allontanamenti di pazienti dal reparto di degenza.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>G5 Eventi sentinella G5.1 Misurazione eventi</p>	<p>Nel 2023 non sono stati registrati eventi sentinella.</p>

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	<p>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.</p> <p>Il report PNE 2023 ha messo in evidenza un livello di aderenza molto alto a standard di qualità per i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 min • Riparazione AAA non rotto: mortalità a 30 giorni • Proporzione di episiotomie nei parti vaginali • Colecistectomia laparoscopica: volume superiore a 50 casi/anno • Nuovi interventi entro 120 giorni per chirurgia conservativa per K mammella <p>e un livello di aderenza alto a standard di qualità per i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporzione di parti con taglio cesareo primario • Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni • Colecistectomia 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	<p>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.</p> <p>Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati).</p> <p>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.</p> <p>Nel 2022 è stata aggiornata la pagina internet del Risk Management sul sito aziendale esterno.</p> <p>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</p>
---	--

	<p>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.</p>
C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	<p>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.</p>
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	<p>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).</p>
C4 Debito informativo aziendale	<p>Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e cadute, flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali).</p>
C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	<p>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.</p>
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	<p>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</p>

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	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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</p>				
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 Iprat. 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 BLS e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLS/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 BLS (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 Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico sito chirurgico	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(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 Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

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.
S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia	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.
S2.2.3 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: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • campioni emolizzati 3,2% • campioni coagulati 0,8% • campioni inadeguati per esami microbiologici 0.9%. Il servizio immunotrasfusionale ha segnalato: <ul style="list-style-type: none"> • 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

	<p>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</p> <p>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.</p>
S4.8 Monitoraggio percorso rifiuti	<p>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.</p>
S4.9 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	<p>I trasporti intraospedalieri si distinguono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	<p>Le attività svolte dal Servizio antincendi nel 2023 sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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.</p> <p>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/richiamo relativi a dispositivi medici.</p>
S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione	<p>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</p>

<p>ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)</p>	<p>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.</p>
<p>S5.2 Monitoraggio Procedura Readback</p>	<p>Nel 2023 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.</p>

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

<p>I1 Organizzazione Gestione sinistri</p>	<p>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</p>
---	---

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



Piano Aziendale

Gestione del Rischio Clinico

2024 - 2025

1. Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è la funzione che si occupa della identificazione, analisi, prevenzione/controllo/riduzione dei rischi connessi con l'assistenza sanitaria, integrando clinica e organizzazione e trasformando l'incidente in un'occasione di miglioramento.

In ASL 5 tale funzione è affidata alla **S.C. Governo Clinico e Risk Management**, in staff alla Direzione Generale. Mission di tale funzione è la promozione e il coordinamento di iniziative per la sicurezza del paziente, unitamente alla tutela della sicurezza del Personale e degli Ambienti e alla sensibilizzazione in merito della popolazione afferente l'azienda sanitaria, nell'ottica di una gestione integrata del rischio sanitario e nel rispetto delle linee di indirizzo e delle disposizioni in materia, emanate a livello regionale e nazionale.

2. Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico

Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico, previsto dalla D.G.R. n.1308 del 24.11.2006, è un documento programmatico, generalmente biennale, in cui sono esplicitate le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento in ambito di sicurezza delle cure.

Il Piano prende le mosse dall'autovalutazione annuale delle attività aziendali di gestione del rischio sanitario, realizzata dall'Unità di Gestione del Rischio, attraverso lo strumento CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated-Approach), secondo quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.161/2016, coordinata dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Gli esiti della valutazione CARMINA, integrati con quelli del monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali di Sicurezza e degli altri indicatori di qualità e sicurezza, nonché con le linee di indirizzo regionali e nazionali, rappresentano la base per la compilazione del piano.

La struttura del Piano riflette le 7 aree di valutazione che costituiscono il CARMINA oltre a varie ed eventuali.

3. Il contesto organizzativo

L'Azienda Socio-Sanitaria Ligure 5 provvede ad erogare, direttamente o tramite soggetti pubblici e privati accreditati:

- prestazioni e servizi previsti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera;
- prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- servizi di emergenza sanitaria sul territorio.

Essa opera mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure), mediante una casa di cura convenzionata in disciplina di ortopedia, chirurgia e oculistica (Alma Mater) e un centro convenzionato per la

riabilitazione (Don Gnocchi).

Il Presidio Ospedaliero presente sul territorio dell'ASL n. 5 è denominato Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e si compone di tre stabilimenti:

- Stabilimento ospedaliero "Sant'Andrea", Via Vittorio Veneto 197 a La Spezia
- Stabilimento ospedaliero "San Bartolomeo", Via Cisa loc. Santa Caterina a Sarzana
- Stabilimento "San Nicolò", a Levanto, include un Ospedale di Comunità di recente apertura e un punto di primo intervento dotato di una minima attività di radiologia e laboratorio.

Il Presidio Ospedaliero presenta un dipartimento di emergenza di I° livello che comprende due Pronto Soccorso (presso la stabilimento S. Andrea della Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana) e un punto di primo intervento (Levanto).

La realtà del territorio è articolata in tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)
- Distretto 18 (Del Golfo)
- Distretto 19 (Val di Magra)



Le attività dell'Azienda sono organizzate in Dipartimenti, più le strutture afferenti la Direzione Strategica:

- Medico, Chirurgico, Emergenza, Oncologico e dei Servizi;
- Dipartimento Cure Primarie che comprende i tre distretti;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Tecnico Amministrativo.

Nei Distretti trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e del Sert e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di Prevenzione che costituiscono, tuttavia, Aree dipartimentali autonome. Per un approfondimento dell'assetto organizzativo si rimanda al sito aziendale, nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente": <http://www.asl5.liguria.it>.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (già Azienda Sanitaria Locale n.5 Spezzino) è stata accreditata dalla Regione Liguria con DGR n. 208 del 1 marzo 2013, per quanto si riferisce alle attività ospedaliere, facenti capo ai dipartimenti Ospedalieri del Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, e con DGR 1413 del 15 novembre 2013 con riferimento alle attività del territorio, facenti capo al Dipartimento Cure Primarie ed Attività distrettuali ed al Dipartimento Salute Mentale e Sert.

4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 opera in un contesto esterno costituito da un territorio in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4) con una popolazione distribuita in 29 comuni e 3 distretti socio sanitari.

Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione spezzina è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: le persone con 65 anni o più sono pari al 27.5% circa della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni è pari a 226; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi sono ben 226 anziani. Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino con importanti conseguenze nella gestione del rischio clinico, come la significativa presenza di anziani di cui sopra, è la presenza straniera: al 1° gennaio 2023 risultavano 13.159 stranieri residenti, pari al 14.2 % della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (dalle 4554 unità del 2003, si è arrivati ai 20.807 del 2022, con un incremento medio annuo dell'8% circa). Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina erano pari a 15.381 persone al 1° gennaio 2022 (dato più recente disponibile). Gli indicatori demografici mostrano anche che il Distretto 19 Val di Magra è quello mediamente meno anziano rispetto agli altri due. La quota di stranieri residenti mostra una certa variabilità distrettuale, col distretto 18 che detiene il primato sia come ammontare che percentualmente.

5. Il contesto interno

Il Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi anni, è stato caratterizzato da uno stato di difficoltà generalizzato legato, a livello nazionale, alla grave crisi economica ed alla diminuzione delle risorse assegnate alla Regione - e

di conseguenza anche alla ASL 5 – alla pandemia Covid-19 e all'introduzione di rilevanti novità normative.

In questo quadro di riferimento l'Azienda ha proseguito negli anni gli interventi organizzativi e strutturali finalizzati ad una significativa innovazione del modello di offerta dei servizi, con l'obiettivo di realizzare un quadro operativo nuovo sul Territorio, con soluzioni integrate tra quest'ultimo ed il Presidio Ospedaliero, e di avviare un nuovo modello di assistenza in cui inserire il nuovo ospedale che andrà a caratterizzare nel futuro in modo significativo l'offerta di salute nel territorio della Provincia della Spezia.

La ASL 5 ha quindi da tempo avviato un significativo progetto di riorganizzazione e sviluppato azioni - nel medio-lungo periodo – finalizzate alla realizzazione operativa di un nuovo modello di assistenza e di offerta dei servizi che assicuri la centralità del territorio, sede di presa in carico dei problemi socio-sanitari del cittadino e di gestione dei percorsi con conseguente riorganizzazione delle attività ospedaliere.

6. Le Risorse e la Produzione (anno 2023)

6.1 Le Risorse

I posti letto ospedalieri direttamente gestiti dal Presidio Ospedaliero dell'Asl 5 sono rappresentati da 438 unità a cui si aggiungono 122 posti letto convenzionati.

Posti Letto al 01/12/2023 sono:

Fonte: Flusso Posti Letto

	S. Andrea			S. Bartolomeo			Presidio		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	198	198	0	191	165	26	389	363	26
DH	24	22	2	10	8	2	34	30	4
DS	10	10		5	5		15	15	
Totale	232	230	2	206	178	28	438	408	30
OBI	11			4			15		

Alma Mater La Spezia	Dicembre 2023			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	4	1		5
MEDICINA GENERALE	22	22		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	1		14
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1		2

Don Gnocchi	Dicembre 2023			
Unita operativa	p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI	61	9	8	
NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI	23			

Le attività e i servizi territoriali dell'ASL , dislocati su tutto il territorio sono erogati da 3 Dipartimenti (Cure primarie , Prevenzione, Salute mentale). L'Azienda opera anche con l'ausilio di 45 strutture Convenzionate.

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno-infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza agli anziani ***	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici
Ambulatorio e laboratorio	3	8						2	

Struttura residenziale					4	2	20	5	
Struttura semiresidenziali					1	2	2	8****	

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici **	Posti letto Assistenza ai minori*
Struttura residenziale	576	117	13
Struttura semi-residenziale	15	83	3

*i posti letto assistenza ai minori sono riferiti agli inserimenti presso strutture liguri ed extra-regionali

**i posti si riferiscono alle strutture liguri di cui ASL5 è capofila e alle strutture extra-regionali dell'ente gestore

Cardinal Maffi

***sono ivi incluse anche le Strutture liguri in cui ASL5 non è capofila, nonché i contratti aziendali regionali ed

extra-regionali

**** gli utenti inseriti nelle strutture per disabili sono misti (fisici e psichici)

L'anno 2023 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 2657 dipendenti (di cui 2454 dipendenti a tempo indeterminato, 116 dipendenti a tempo determinato e flessibile, 87 Medici SUMAI) e con un bilancio positivo (377 assunzioni di cui 337 dipendenti a tempo indeterminato e 40 dipendenti a tempo determinato versus 259 cessazioni di cui 169 dipendenti a tempo indeterminato e 90 a tempo determinato).

6.2 La Produzione

6.3 Area Ospedaliera

Nel 2023 si è registrato un aumento della produzione di ricoveri ospedaliera rispetto al 2022.

Andamento indicatori ospedalieri 7 mesi 2023 vs 7 mesi 2022

	2023	2022
Ricoveri	11.652	12.302
Valorizzazione	41.295.141	40.698.081
Degenza Media Lorda	7,18	7,28
Peso medio	1,30	1,24
Punti Totali	12.436	12.283

Reperto	Ricoveri	Valorizzazione
Cure Int + Pediatria + Nido	783	1.652.502

**L'incremento della valorizzazione 2023
compensa anche i dati dei reparti attivi nel 2022**

Andamento indicatori ospedalieri per tipo DRG 7 mesi 2023 vs 7 mesi 2022

DRG CHIRURGICI		
	2023	2022
Ricoveri	3.953	3.685
Valorizzazione	18.197.300	16.612.298
Degenza Media Lorda	6,16	6,40
Peso medio	1,79	1,78
Punti Totali	5.073	4.678

DRG MEDICI		
	2023	2022
Ricoveri	7.699	8.617
Valorizzazione	23.097.841	24.085.783
Degenza Media Lorda	7,68	7,64
Peso medio	1,10	1,05
Punti Totali	7.362	7.605

Aumento casistica chirurgici + pesante + remunerativa
DM medici in aumento

Fonte: DWH 7

Area specialistica ambulatoriale

Anche la produzione specialistica ambulatoriale nel 2023 è cresciuta rispetto al 2022. L'aumento delle prestazioni ambulatoriali è stato responsabile del 42% dell'aumento complessivo.

Andamento specialistica ambulatoriale 9 mesi 2023 vs 9 mesi 2022

Erogatore	Prestazioni				Valorizzazione			
	2023	2022	delta	delta %	2023	2022	delta	delta %
ACCREDITATI	151.390	136111	15.279	11%	3.703.219	3.034.142	669.077	22%
OSPEDALE	1.787.161	1.581.516	205.645	13%	23.781.337	19.768.129	4.013.208	20%
TERRITORIO	241.070	217.220	23.850	11%	2.356.480	2.128.314	228.166	11%
Totale complessivo	2.195.089	1.949.311	245.778	13%	29.841.036	24.930.585	4.910.451	20%

Aumento prestazioni ambulatoriali in particolare (42% dell'aumento complessivo)

Categoria	Prestazioni				Valorizzazione			
	2023	2022	delta	%	2023	2022	delta	%
0702-INTERVENTI OCULISTICI	3.151	2.427	724	30%	1.737.186	1.219.497	517.689	42%
0602-MEDICINA NUCLEARE	3.089	2.803	286	10%	1.974.296	1.640.277	334.019	20%
0701-INTERVENTI CHIRURGICI	11.914	11.089	825	7%	613.840	304.866	308.974	101%
0601-RADIOTERAPIA	21.287	19.271	2.016	10%	1.845.541	1.695.744	149.797	9%
0101A-PRIMA VISITA	64.382	58.895	5.487	9%	1.410.251	1.300.507	109.744	8%
0302-TAC	9.266	8.320	946	11%	956.673	854.428	102.245	12%
0303-RISONANZE MAGNETICHE	4.740	4.081	659	16%	793.140	700.504	92.635	13%
0101B-SECONDA VISITA	55.041	50.847	4.194	8%	692.672,82	644.524	48.149	7%

Fonte: Portale CCD

15

Area Territoriale**Prese in carico Centrale Operativa Territoriale al 20/11/2023**

PERSONE IN CARICO	DISARRUOLATI
2.512	1.863

SCHEDE DI VALUTAZIONE	PRESTAZIONI
3.097	9.359

Dati ricoveri ospedale di comunità al 15/11/2023

Ricoveri	120
Età Media	82
Degenza Media	25
Pazienti segnalati da MMG	43%
Pazienti segnalati da Ospedale	57%

**Apertura ospedale comunità su
Levanto luglio 2022****Esito ricovero**

Domicilio	45%
RSA	23%
Decesso	11%
Trasferito in PS	10%
Trasferito in reparto ospedaliero	6%
Don Gnocchi	4%
Hospice	1%

Assistenza domiciliare – prese in carico (PIC) 10 mesi 2023 vs 10 mesi 2022

Distretti Sociosanitari 17-18-19			
Periodo	2023	2022	delta
Prese in Carico Domiciliari	4.299	4.571	-6%
<i>di cui over 65</i>	3.843	4.008	-4%
<i>% su popolazione ASL% over 65</i>	6,6%	6,9%	-0,3%
Giornate di assistenza effettive	65.340	56.385	16%
Accessi per tipologia di personale			
Periodo	2023	2022	delta
ASSISTENTE SOCIALE	4	1	300%
FISIOTERAPISTA	13.505	11.918	13%
LOGOPEDISTA	558	514	9%
PSICOLOGO	2	0	
INFERMIERE	45.951	40.662	13%
MEDICO	1.270	1.691	-25%
O.S.S.	2.390	2.766	-14%
Cure Palliative			
Periodo	2023	2022	delta
Prese in Carico Domiciliari	217	226	-4%

Fonte: Poliss

Per quanto riguarda l'Hospice, nel 2023, i 10 posti letto sono stati occupati all'90%, il 74% dei pazienti è stato inviato dall'Ospedale. La degenza media è stata di circa 20 giorni (per dettagli si veda la tabella successiva).

Hospice dati produzione 10 mesi 2023

S.S.D. Cure Palliative ed Hospice	
Periodo	2023
Posti Letto	10
Ricoveri	266
<i>di cui da ospedale</i>	134
<i>% da ospedale</i>	74%
<i>di cui da territorio</i>	48
<i>% da territorio</i>	26%
Tasso di occupazione	90%
Giornate totali degenza	2.728

Anno 2023 internalizzazione Hospice

7. I risultati della Autovalutazione delle attività di Gestione del Rischio Clinico (CARMINA)

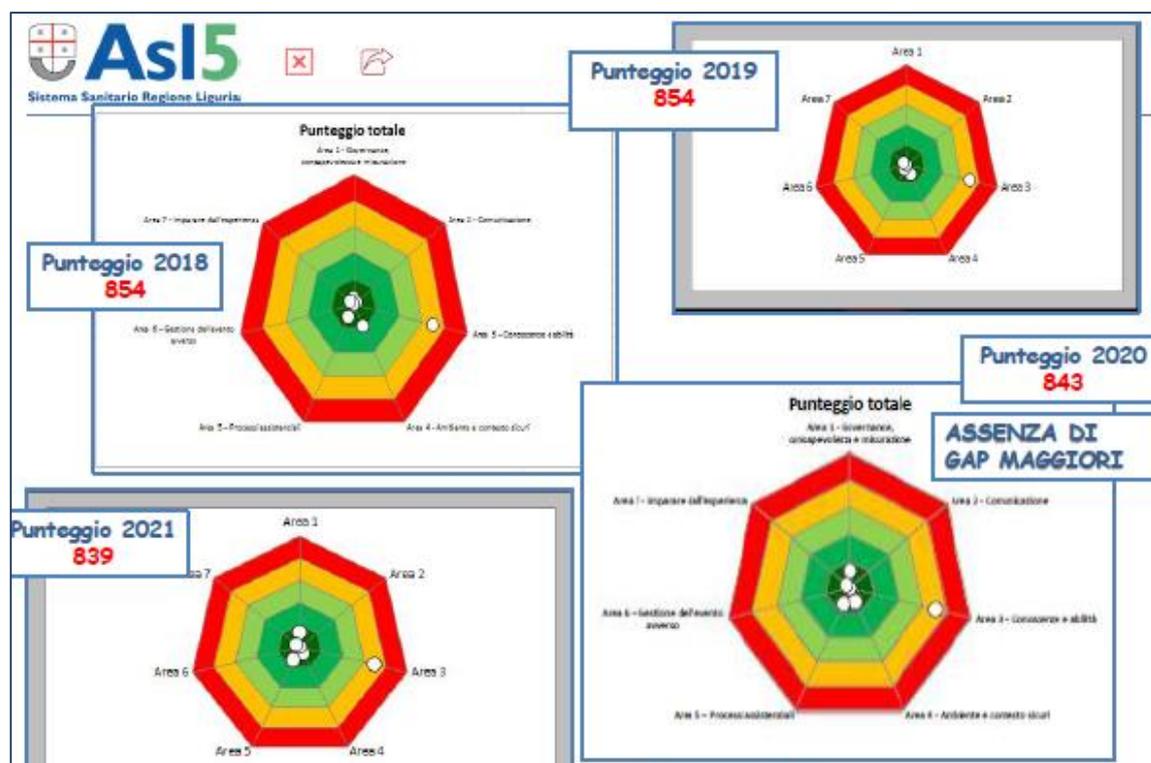
7.1 Risultati ANNO 2023

La autovalutazione CARMINA ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 873.

Le attività di gestione del rischio sanitario hanno consentito di raggiungere il cuore del bersaglio in tutte le aree.

L'unica carenza è nell'area dei processi assistenziali relativamente al monitoraggio delle LDP di nuova insorgenza che non copre tutte le strutture ma solo l'area medica.

Nelle immagini sotto, l'andamento dal 2018 al 2023 mette in evidenza un miglioramento costante.



Punteggio 2022 854	TOTALE		
	Standard Minimi	Area del Miglioramento	
854	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE		854

Punteggio 2023 873	TOTALE			
	Standard Minimi	Area del Miglioramento		Totale
873	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE		873	
				Legenda

**PIANO DELLE AZIONI E DEI
PROGETTI PER LA
SICUREZZA DEI PAZIENTI PER
IL BIENNIO 2024-25**

Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è una funzione trasversale a tutte le articolazioni aziendali e come tale contribuisce, per quanto di competenza, ai processi clinico-assistenziali, ma anche a quelli gestionali.

Si riportano di seguito le attività previste per il 2024 e in parte per il 2025, derivate dal sistema Carmina e, come tali, presentate secondo la sua struttura. Alcune attività contrassegnate come O.B.2024 rappresentano anche obiettivi di budget della SC Governo clinico e Risk Management, per l'anno 2024. Tali attività sono aggiuntive rispetto alle attività istituzionali di audit, gestione e analisi dei flussi sanitari correlati al rischio clinico, implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali di sicurezza e delle buone pratiche per la sicurezza del paziente.

AREA 1. Area Governance, consapevolezza e misurazione OBIETTIVI: A. Garantire programmi strutturati di <i>benchmarking</i> al proprio interno e con altre aziende (es. accreditamenti di eccellenza, certificazioni, altri programmi) che coinvolgano oltre il 25% delle SC/SSD
ATTIVITÀ 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 ATTIVITÀ 2 – Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica ATTIVITÀ 3 – Supporto al processo di accreditamento istituzionale (OB 2024)
METODOLOGIA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisi esiti ➤ Ciclo di miglioramento continuo STRUMENTI <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1-2 Produzione report ATTIVITÀ 3 – Creazione e aggiornamento disco di rete di gruppo “Accreditamento”, supervisione documentazione sanitaria nelle strutture oggetto della visita istituzionale
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' DMPO, Qualità e Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, CCD, Direzione Sanitaria
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico e Report qualità e sicurezza

AREA 2. Comunicazione OBIETTIVI: A. Prevenire i rischi in categorie speciali di pazienti B. Mantenere attivo il coinvolgimento dei cittadini
ATTIVITÀ 1 – Incontri di co-producing con la comunità LGBTQIA+ ATTIVITÀ 2 – Organizzazione Campagne per la giornata mondiale dei pazienti e giornata mondiale Igiene delle mani
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Focus group ➤ Gruppi di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – organizzazione evento formativo ed elaborazione documento di analisi dei rischi e programmazione azioni di miglioramento sul tema della gestione del rischio nella popolazione LGBTQIA+ ATTIVITÀ 2 – ciclo di incontri con la popolazione sui temi della salute e della sanità con produzione e distribuzione di materiale destinato alla popolazione
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico e altre SC/SSD interessate
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico
AREA 2: Comunicazione OBIETTIVI: A. Migliorare la qualità e l'accuratezza della compilazione della documentazione clinica durante il ricovero, anche in vista del completamento dell'informatizzazione B. Migliorare l'efficacia della comunicazione e del trasferimento delle informazioni all'interno del team di cura
ATTIVITÀ 1 – Revisione e razionalizzazione cartella clinica in vista dell'informatizzazione (OB 2023-2024) ATTIVITÀ 2 – Partecipazione al gruppo di lavoro aziendale per la implementazione della cartella clinica elettronica ATTIVITÀ 3 – implementazione software per la gestione del rischio clinico e la gestione documentale (taleteweb);
METODOLOGIA E STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Consegna relazione attività svolte nel 2023 entro 31/01/2024 al CCD –diffusione nuovo modello cartella clinica cartacea 2024 ATTIVITÀ 2 – Report valutazione software di cartella clinica elettronica e successivi incontri di personalizzazione e implementazione della cartella clinica 2024-2025 ATTIVITÀ 3 - utilizzo software da parte degli operatori della struttura governo e rischio clinico
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITÀ' Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Pianificazione e Qualità e Accreditamento, Formazione, SC Professioni Sanitarie, Sistemi Informativi Aziendali (SIA), SS.CC./SSD
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 3. Conoscenze e Abilità OBIETTIVI: A. Contribuire a migliorare conoscenze e abilità degli operatori
ATTIVITÀ 1 – creazione GDL e programmazione attività per il miglioramento della sicurezza diagnostica ATTIVITÀ 2 – elaborazione procedura e allestimento kit di orientamento neo assunto/neo inserito
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Lavoro di gruppo ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – 2 Attivazione gruppo di lavoro e verbale degli incontri
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, SC Gestione Risorse Umane, SC Professioni Sanitarie, Qualità e Accreditamento, Direzione Sanitaria, SSCC/SSD, SIA, RSPP, Medicina Preventiva, SS.CC./SSD coinvolte.
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico
AREA 4. Ambiente e contesto sicuri OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza ambientale B. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza degli operatori sanitari
ATTIVITÀ 1 – Implementazione IO Monitoraggio trasporti interni ATTIVITÀ 2 – Analisi criticità trasporti interni e programmazione interventi ATTIVITÀ 3 – Produzione e aggiornamento vademecum su iter giudiziario in caso di aggressioni ATTIVITÀ 4 – Aggiornamento procedura per la prevenzione agli atti di violenza per gli operatori sanitari e socio sanitari ATTIVITÀ 5 – Giornata nazionale di educazione violenza ai sanitari 12 Marzo ATTIVITÀ 6 – Elaborazione procedura aziendale Gestione sinistri e ricognizione oneri probatori per la difesa in caso di sinistri per ICA
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Focus group
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Verbale incontro ATTIVITÀ 2 – Report dell'analisi e dei possibili interventi ATTIVITÀ 3 – Diffusione del vademecum e suo aggiornamento ATTIVITÀ 4 – Procedura aggiornata e sua diffusione ATTIVITÀ 5 – Report sulla campagna interna e esterna ATTIVITÀ 6 – Elaborazione e diffusione procedura; elaborazione prospetto
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, DMPO, Qualità e Accreditamento, SC Professioni sanitarie, ditta trasporti intraospedalieri, Medicina Preventiva, Affari generali e legali, RSPP, Ufficio Stampa
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 5. Processi assistenziali OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la progettazione di percorsi assistenziali sicuri e il loro monitoraggio
ATTIVITÀ 1 – Implementazione monitoraggio presunte ICA e delirium tramite database sdo ATTIVITÀ 2 – Revisione protocollo emergenze interospedaliere ATTIVITÀ 3 – Aggiornamento di almeno tre procedure per la gestione del rischio infettivo (OB 2024) ATTIVITÀ 4 – Ampliamento programma di sorveglianza della ferita chirurgica (OB 2024) ATTIVITÀ 5 – Audit PNE su ictus ischemico(OB 2024) e chirurgia colo-rettale (OB 2024) ATTIVITÀ 6 – Partecipazione alla redazione del PEIMAF (OB 2024) ATTIVITÀ 7 – Osservazione diretta igiene mani ATTIVITÀ 8 – Elaborazione e coordinamento piano aziendale igiene delle mani ATTIVITÀ 9 – Revisione Protocollo aziendale accoglienza vittime di violenza ATTIVITÀ 10 – FMEA sulla nutrizione parenterale nell’adulto ATTIVITÀ 11 – elaborazione progetto “Valorizzare le persone per un lavoro soddisfacente” con il quale la nostra ASL ha vinto il premio nazionale “RUSAN” ATTIVITÀ 12 – Revisione documentazione infermieristica Primary Nursing ATTIVITÀ 13 – Supervisione IO ambulatorio stomatoterapia
METODOLOGIA e STRUMENTI > Gruppi di lavoro ad hoc > Incontri di formazione/informazione
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Firme di presenza agli incontri e produzione di report ATTIVITÀ 2 – Pubblicazione protocollo ATTIVITÀ 3 – Produzione e pubblicazione dei documenti ATTIVITÀ 4 – Report ATTIVITÀ 5 – Report con azioni di miglioramento ATTIVITÀ 6 – Verbali degli incontri ATTIVITÀ 7 – Report delle attività ATTIVITÀ 8 – Pubblicazione documento ATTIVITÀ 9 – Elaborazione e diffusione del protocollo ATTIVITÀ 10 –FMEA Produzione del documento ATTIVITÀ 11 – Produzione dell’elaborato ATTIVITÀ 12 – Documentazione infermieristica revisionata ATTIVITÀ 13 – Produzione e diffusione delle Istruzioni Operative
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA’ Gestione del Rischio Clinico, SC Professioni sanitarie, Qualità e Accreditamento, Formazione, Comitato infezioni ospedaliere, DMPO, SSSC/SSD dipartimenti ospedalieri
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2024 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Nel piano della formazione per il 2024 l'attività di formazione in materia di rischio clinico prevede:

- Corso FAD sulle basi della gestione del rischio clinico per 1000 operatori sanitari (rieditazione)
- Corso ICA accreditato per 810 operatori
- Webinar sulla Gentilezza accreditato per 100 operatori
- Corso valutazione performance delle organizzazioni sanitarie
- Corso gestione rischio clinico e varianza di genere

La Spezia, 28 Giugno 2024



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



MANI PULITE TUTTO L'ANNO

Piano Aziendale igiene mani 2024/2025

Il tema della campagna per la **Giornata mondiale dell'igiene delle mani 2024** è: “Promuovere tra gli operatori sanitari la conoscenza e lo sviluppo delle loro capacità attraverso una formazione professionale, innovativa e di impatto, sulla prevenzione e il controllo delle infezioni, inclusa l'igiene delle mani”. Lo slogan che lo accompagna recita:

“Perché condividere le conoscenze sull'importanza dell'igiene delle mani è ancora così importante? Perché aiuta a ridurre la diffusione di patogeni pericolosi nel contesto dell'assistenza sanitaria”

INTRODUZIONE

Un'adeguata igiene delle mani previene fino al 50% delle infezioni contratte durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria, comprese quelle che colpiscono il personale sanitario.

Investire nell'igiene delle mani può generare risparmi economici in media 16 volte superiori al costo sostenuto.

A livello globale, su 100 pazienti, 7 nei paesi sviluppati e 15 in quelli in via di sviluppo contraggono almeno un'ICA negli ospedali per acuti.

Questo nel nostro piccolo vuol dire che su 18.000 ricoveri annui, si stima che 1.260 pazienti contraggano un'ICA e che con un'adeguata igiene delle mani possiamo arrivare a prevenirne addirittura 630/anno.

RAZIONALE E METODI

Il presente documento nasce per mantenere alta l'attenzione su questa buona pratica essenziale per la sicurezza di tutti - pazienti ed operatori- una volta che i riflettori della celebrazione della Giornata Mondiale si saranno spenti.

Abbiamo sviluppato il seguente Piano facendo riferimento ai 5 domini del Framework OMS *"Template action plan who framework"*.

Gli interventi previsti sono multimodali, dal momento che evidenze scientifiche dimostrano che la compliance alla procedura dell'igiene delle mani aumenta del:

- **30%** attraverso la formazione e il training
- **22%** attraverso sistemi premianti dei comportamenti positivi
- **16%** attraverso l'uso di poster cartacei ed elettronici
- **15%** attraverso l'osservazione diretta ed il ritorno dei risultati.



INDICATORI

INDICATORE	TARGET
Consumo gel idroalcolico 2024 Strutture di degenza	> 12 L per 1000 GDO
Adesione igiene mani all'osservazione diretta (Scheda di osservazione OMS)	60-70%
Tasso di operatori con ornamenti personali all'osservazione diretta	< 10% del personale sanitario delle Strutture
Identificazione e formazione Link Nurse	nell'80% delle Strutture di degenza
Adesione al programma Thank you	>50% delle Strutture
Presenza nuovi poster informativi cartacei Igiene Mani	100% delle Strutture
Aggiornamento I.O. Igiene Mani	100%
Aggiornamento pagina pubblica Risk Management con contenuti inerenti l'Igiene delle Mani	100%

**La presente copia e' conforme all'originale depositato
presso gli archivi dell'Azienda**

17-5B-5E-57-6E-D5-FB-A6-39-02-3F-5E-1E-AD-99-93-46-15-40-FF

PAdES 1 di 3 del 04/09/2024 10:24:47

Soggetto: LUCA RICCIARDI

S.N. Certificato: 3D528BD7

Validità certificato dal 02/10/2023 12:54:29 al 02/10/2026 12:54:29

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 2 di 3 del 04/09/2024 09:22:48

Soggetto: MICAELA LA REGINA

S.N. Certificato: 5AFE5D80

Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 3 di 3 del 22/08/2024 16:11:43

Soggetto: MICAELA LA REGINA

S.N. Certificato: 5AFE5D80

Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.
