



PIANO AZIENDALE ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – 2013

RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITA'
SVOLTE E SUI RISULTATI RAGGIUNTI IN
RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI PREFISSATI
NEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO – ANNO 2012.

Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico – anno 2012.

Premessa

Durante il 2012, partendo da quanto previsto dal Piano Aziendale Qualità e rischio clinico 2012, sono state programmate e sviluppate alcune strategie di intervento ed attività per rendere sempre più efficaci e sicure le strutture sanitarie a disposizione dei cittadini.

Il suddetto piano è stato sviluppato tramite le seguenti aree:

1. Organizzazione di supporto alla gestione del rischio clinico
2. Sviluppo della cultura del rischio clinico
 - a. Formazione
 - b. Visibilità
3. Gestione flussi informativi
4. Gestione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei quasi-eventi (near miss)
5. Gestione sinistri
6. Gestione reclami rischio clinico
7. Standard Joint Commission International
8. Gestione Raccomandazioni Ministeriali.

1. ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Al fine di definire una struttura organizzativa capillare, è stata implementata una rete di referenti per la gestione del rischio clinico composta da:

- 5 dirigenti medici, uno per ciascun Presidio Ospedaliero della ASP, che hanno anche il compito di promuovere e realizzare il progetto Patient Safety & Emergency Department, promosso dall'Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana in collaborazione con la *Joint Commission International*.
- 41 operatori sanitari, uno per ciascuna U.O. dei 5 Presidi Ospedalieri;
- 3 gruppi di lavoro, uno per l'U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale, uno per l'U.O.C. Dipendenze Patologiche ed uno per il Dipartimento della Programmazione e della organizzazione delle attività territoriali e dell'integrazione socio-sanitaria.

2. SVILUPPO DELLA CULTURA DEL RISCHIO CLINICO

Uno degli aspetti di maggiore importanza, sottolineato dalla letteratura internazionale, riguarda il viraggio da un atteggiamento difensivo ed omertoso ad una cultura finalizzata alla sicurezza del paziente ed alla gestione del rischio clinico.

In quest'ottica, nel corso del 2012, sono stati attivati due differenti linee programmatiche: formazione e visibilità.

a. Formazione

Nel corso degli anni passati sono stati effettuati due differenti percorsi formativi riguardanti la gestione del rischio clinico: il primo, rivolto ai 41 referenti della qualità e rischio clinico di ciascuna U.O. dei Presidi Ospedalieri (un'edizione di 4 giornate per 35 ore), ed il secondo rivolto agli infermieri professionali (111 operatori 4 edizioni, ciascuna di 20 ore) entrambi accreditati ECM.

In continuità con il programma formativo già svolto e nell'ottica di ampliare agli operatori coinvolti nella gestione degli eventi avversi la cultura del rischio clinico, nel corso del 2012, è stato programmato un piano di formazione che ha riguardato specificatamente le modalità di gestione e di trasmissione degli incident report, la prevenzione delle cadute e la prevenzione del suicidio.

A tale scopo sono stati effettuate 7 edizioni, direttamente nei differenti Presidi Ospedalieri e rivolti prioritariamente agli infermieri professionali, riguardanti le modalità di gestione e trasmissione degli incident report e la prevenzione delle cadute.

La prevenzione del suicidio è stata affrontata con modalità differenti: in primo luogo, dopo aver definito la politica che regola la prevenzione del suicidio con un apposito gruppo di esperti provenienti prevalentemente dal dipartimento di salute mentale, è stato avviato un periodo di sei mesi di sperimentazione della procedura in due P.O. Successivamente, sono state effettuate riunioni con i responsabili delle UU. OO. coinvolte ed i referenti del Dipartimento Salute Mentale al fine di apportare eventuali modifiche alla procedura aziendale. Infine, con la prevista collaborazione delle associazioni di volontariato presenti sul territorio, è stata distribuita la procedura a tutti i responsabili delle UU.OO. durante appositi incontri formativi.

Inoltre, è stato avviato un programma formativo FAD rivolto a 250 operatori riguardante la gestione del rischio clinico.

b. Visibilità

Al fine di rendere maggiormente accessibili le informazioni riguardanti la gestione del rischio clinico, è stato attivato un sito internet riguardante esclusivamente La sicurezza del paziente e la qualità dei servizi erogati (<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org>).

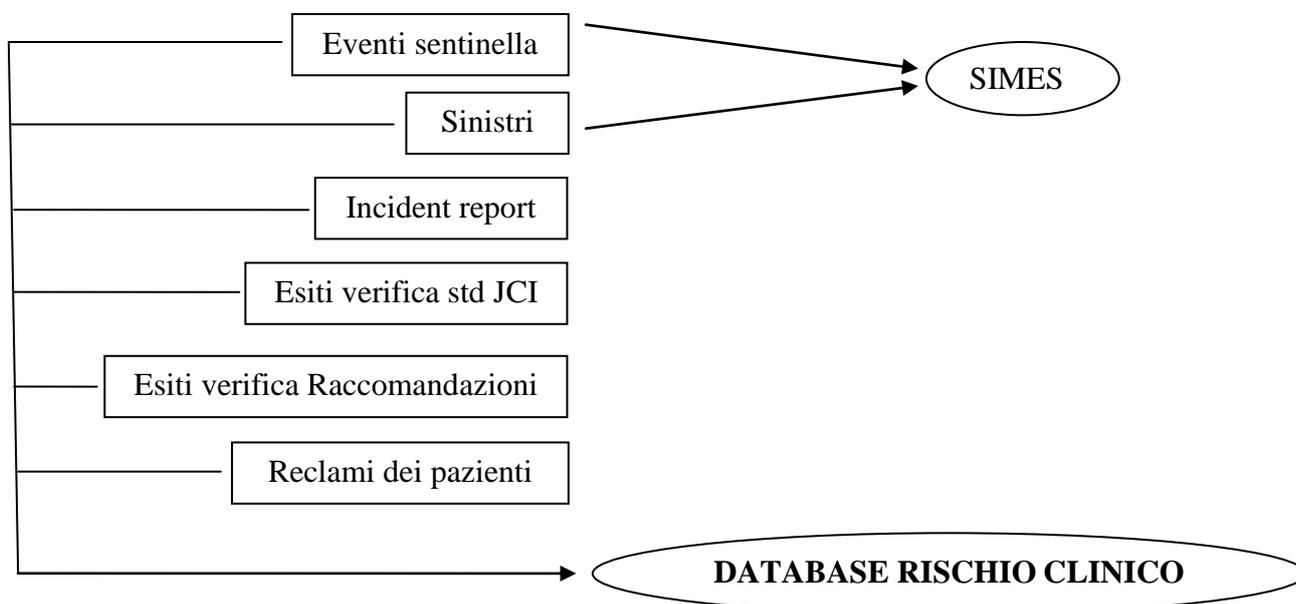
All'interno del sito è possibile accedere alla documentazione editata dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Sanità della Regione Siciliana riguardante il rischio clinico, alle norme di riferimento e ad una selezione di siti nazionali ed internazionali del settore.

Inoltre, tramite una *news letter*, distribuita attraverso email, si è provveduto a creare uno strumento di informazione agile e diretto che riporta le novità riguardanti la sicurezza dei pazienti e la qualità dei servizi erogati dalle strutture dell'ASP di Palermo.

3. FLUSSI INFORMATIVI

Oltre al flusso informativo previsto dal Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità - SIMES, che riguarda la trasmissione degli eventi sentinella e dei sinistri, sono stati attivate altre fonti di dati relativi alla segnalazione spontanea degli eventi

avversi, dei quasi eventi e degli eventi senza esito (Incident Report), la verifica dell'applicazione degli standard Joint Commission International e delle Raccomandazioni ministeriali. I suddetti flussi sono inseriti in un apposito database.



Negli anni passati, il database rischio clinico prevedeva solo i flussi relativi a eventi sentinella, sinistri ed incident report. Nel corso del 2012, è stato implementato con le altre tre fonti di informazioni.

Il database prevede quindi la possibilità di inserire nuove fonti di informazione che saranno sviluppate nei prossimi anni.

Da una preliminare analisi delle fonti di informazione (tab. 1), si evidenzia una progressiva diminuzione degli eventi sentinella e, parallelamente, l'aumento sia dei sinistri che delle segnalazioni volontarie (incident report).

	2010	2011	2012
Eventi sentinella	10	3	2
Sinistri	69	60	100
Incident report	5	70	101

Tab. 1 distribuzione valori assoluti flussi per annualità.

4. GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS

E' stato definito e distribuito a tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri e ai Dipartimenti Sanitari il protocollo per la gestione degli eventi avversi che prevede il coinvolgimento dei referenti per la gestione del rischio clinico delle UU.OO. e dei Presidi Ospedalieri e del risk manager aziendale. Il protocollo è stato pubblicato nel sito internet all'interno della modulistica (<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/>)

Il protocollo prevede che, dopo una tempestiva e preliminare analisi dell'evento, se dovessero essere soddisfatti i criteri di inclusione tra gli eventi sentinella, viene effettuata

una RCA da un'apposita commissione finalizzata all'individuazione delle azioni di miglioramento da apportare per migliorare gli standard di sicurezza del paziente.

Come previsto dal Decreto ministeriale 11 dicembre 2009, l'evento viene segnalato tramite flusso SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità) entro tre giorni dall'avvenuta conoscenza attraverso l'apposita scheda A e, entro 45 giorni devono essere trasmesse le misure correttive e gli eventuali piani di miglioramento tramite scheda B.

Nel corso del 2012 sono stati segnalati due eventi sentinella:

il primo, relativo all'evento n. 16 - Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno, è avvenuto presso il reparto di Ginecologia ed Ostetricia del P.O. "Civico" di Partinico.

A seguito della RCA, i cui risultati sono stati successivamente confermati dal reperto autoptico, veniva constatato che l'exitus era incidentale (giro serrato di cordone attorno al collo del feto) e che non si ravvisavano responsabilità individuali o organizzative.

Nonostante ciò, è stato revisionato il protocollo operativo relativo alla gravidanza a rischio a cui seguirà un percorso formativo specifico per l'attuazione delle azioni previste.

Il secondo evento, avvenuto presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia del P.O. "Cimino" di Termini Imerese e relativo all'evento n. 4 - Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento, risale ad un pregresso intervento effettuato nel 2009. Avendo constatato che la raccomandazione ministeriale n. 2 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico è stata implementata nel 2010, è stato definito un piano di miglioramento che prevede un controllo mensile sulla corretta compilazione della check list estrapolata da un campione random di cartelle pari al 10%.

La segnalazione degli eventi avversi (che non rientrano tra gli eventi sentinella) e dei near miss (eventi senza conseguenze per il paziente) prevede la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione volontaria che può essere inviata anche in forma anonima.

Durante il 2012, sono stati attivati specifici gruppi di lavoro che hanno avuto l'obiettivo di individuare gli errori più frequenti nelle specifiche aree e di riformulare le schede di trasmissione differenziate. Difatti, oltre ai due moduli precedentemente predisposti, uno per le strutture territoriali ed uno per i reparti ospedalieri, sono state elaborate una scheda dal Dipartimento del Farmaco, una dal Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio ed una dall'UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Inoltre, vista la frequenza dell'evento, è stata elaborata una scheda per la segnalazione di cadute in ospedale, parte integrante della procedura per la prevenzione delle cadute.

Da un punto di vista operativo, a seguito della segnalazione, l'U.O. coinvolta viene contattata ed avviata un'analisi preliminare dell'accaduto con lo scopo di definire se l'evento, con o senza esito, è un evento avverso o un incidente.

In entrambi i casi, viene effettuata una restituzione dell'analisi preliminare all'U.O.

coinvolta.

Successivamente, per ciascun evento viene effettuata una successiva analisi tramite interviste con gli operatori ed un'esamina della documentazione clinica.

Se l'evento rientra nelle categorie di gravità da livello moderato ad esito severo o, dall'analisi dei dati raggruppati viene stabilita una frequenza elevata (più di tre eventi), vengono definiti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi.

VALUTAZIONI DEL RISCHIO FUTURO

Evento potenzial	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es. personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco non somministrato)	Livello 2
Evento effettivo	NESSUN ESITO - evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo, somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3
	ESITO MINORE - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4
	ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es: esame sangue o urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6
	ESITO SIGNIFICATIVO - ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/ condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7
	ESITO SEVERO - disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8

Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 3 eventi/anno)
	Raro (meno di 1 evento/anno)
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4)
	Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)

Durante il 2012 sono pervenuti n. 101 moduli di incident report di cui il 58,4% proveniente dai Presidi Ospedalieri dell'ASP di Palermo ed il 19,8% dalle UU.OO. Territoriali.

Il rimanente 21,8% è stato inviato dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di gestione dell'ASP ma residenti in altri Presidi Ospedalieri (Grafico n. 2). Il 39% delle schede di incident report trasmesse dai PP.OO. evidenziavano conseguenze derivanti dall'evento, mentre il 61% indicava eventi senza esito (Tab. 2).

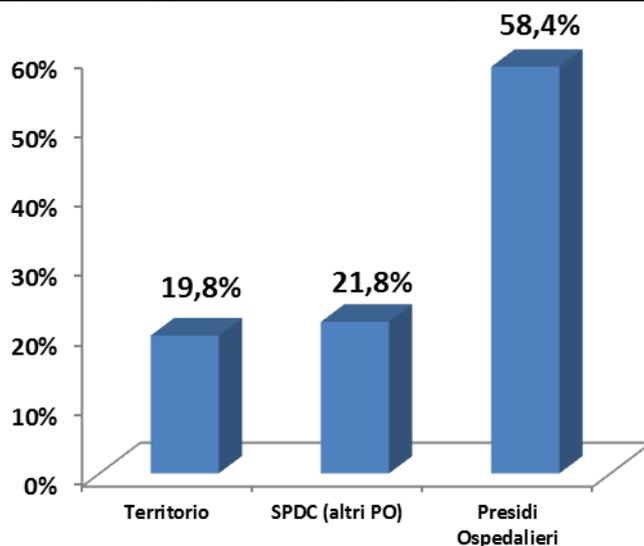


Grafico n. 1 - distribuzione percentuale eventi avversi e near miss.

Presidi Ospedalieri	Eventi		
	Con esito	Senza esito	Totali
Ingrassia - Palermo	16	15	31
Civico - Partinico	2	18	20
Cimino - Termini Imerese	3	1	4
Madonna dell'Alto - Petralia	2	1	3
Dei Bianchi - Corleone	0	1	1
Totali	23	36	59

Tab. 2 - distribuzione valori assoluti eventi suddivisi per P.O.

Rispetto all'analisi degli eventi (grafico n. 3), le cadute sono gli eventi più segnalati (39%). Di queste, il 6% è stato senza esito, mentre nel 94% dei casi, il paziente ha riportato un danno.

Come verrà evidenziato nella trattazione dei sinistri, le cadute rappresentano la categoria di eventi che, più di altre, generano contenziosi.

Un altro evento che risulta particolarmente rilevante riguarda l'aggressione agli operatori (10%). Occorre considerare che, mentre le cadute sono distribuite in tutte le UU. OO., le aggressioni sono specificatamente riferite dal Pronto Soccorso (n. 2) e dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC (n. 4) e solo in questi ultimi casi sono riferiti conseguenze relative all'evento.



Grafico n. 2 - distribuzione valori assoluti casistica degli incident report.

5. GESTIONE SINISTRI

Al fine di trasmettere i sinistri tramite flusso SIMES, già dal 2010 è stato istituito un flusso di comunicazione tra U.O. Gestione Sinistri e U.O. Risk Management. È stata predisposta un'apposita scheda i cui campi corrispondono al debito informativo richiesto dal flusso SIMES.

Inoltre, con atto deliberativo n. 0187 del 31/03/2012 è stato istituito il CAVS - Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, come previsto dal D.A. del 28/12/2011 G.U.R.S. n. 2 del 13/01/2012.

Attualmente, i sinistri, oltre ad essere trasmessi regolarmente tramite flusso SIMES, vengono esaminati individualmente al fine di approfondire le cause ed elaborare eventuali piani di miglioramento.

Qualora venissero ravvisati criteri di urgenza poiché l'evento ha un alta probabilità di ripetersi e di provocare un analogo danno ad un altro paziente, viene immediatamente trasmessa richiesta di attivare le misure di miglioramento con il diretto coinvolgimento degli attori-esecutori.

Inoltre, viene effettuata anche una casistica dei sinistri utilizzando la matrice per la valutazione delle priorità NCPS (National Center For Patient Safety) in termini di probabilità/gravità.

Come evidenziato nella tab. 1, rispetto alle precedenti annualità, abbiamo assistito, nel corso del 2012, ad un considerevole aumento dei sinistri. Ciò è probabilmente dovuto alla sempre più diffusa modalità di trasformazione dei problemi personali in vertenze legali. Occorre comunque evidenziare che negli anni precedenti, a fronte dei numerosi sinistri, l'importo totale di liquidazione non ha sinora superato valori superiori al 10% (< € 50.000) dell'intera franchigia applicata dall'assicurazione anche se alcuni sinistri sono ancora attivi ed in via di definizione.

Dai dati elaborati emerge la seguente casistica:

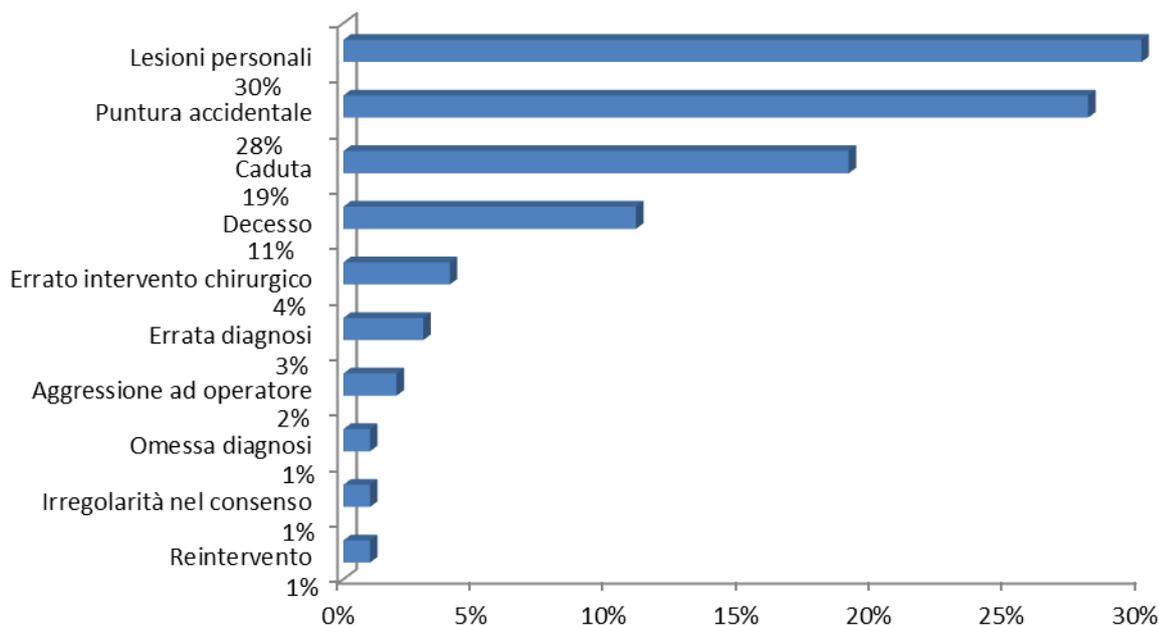


Grafico n. 3 - distribuzione percentuale casistica dei sinistri.

Occorre specificare che tre delle prime quattro categorie, (lesioni personali, punture accidentali e decessi), pari al 69% di tutti i sinistri, per la loro dinamica, non rientrano totalmente nella gestione del rischio clinico poiché legati ad eventi accidentali o ad obblighi di comunicazione in via cautelativa come nel caso dei decessi.

	Dei Bianchi	Madonna dell'Alto	Cimino	Civico	Ingrassia	Totale
Caduta	1	1	3	6	8	19
Decesso			2	4	5	11
Errata diagnosi			3			3
Errato intervento chirurgico				2	2	4
Lesioni personali	2	1	5	12	10	30
Puntura accidentale			3	11	14	28
Reintervento			1			1
Irregolarità nel consenso	1					1
Omessa diagnosi				1		1
Aggressione ad operatore					2	2
Totali	4	2	17	36	41	100

Tab. 3 - distribuzione sinistri anno 2012 suddivisi per P.O. e per categorie.

La mappatura dei sinistri rispetto ai Presidi Ospedalieri (Tab. 3) non evidenzia particolari errori sistematici anche se, le errate diagnosi (n. 3) concentrate in un unico Presidio Ospedaliero o le punture accidentali presenti prevalentemente solo in due P.O. meritano un ulteriore approfondimento che è in atto.

6. GESTIONE RECLAMI RISCHIO CLINICO

In riferimento al flusso reclami dell'utenza, che prevede la loro tempestiva trasmissione da parte dell'U.O. Comunicazione e Informazione, l'analisi dei singoli casi e una restituzione congiunta con l'U.O. Comunicazione e Informazione all'utenza, nel corso del 2012, su 166 segnalazioni dell'utenza, 9 hanno riguardato il rischio clinico (5%).

Di queste, 3 sono pervenuti da presidi ospedalieri e 6 da strutture territoriali.

4 reclami sono attribuibili a ritardi nella prestazione, 1 ad un trasporto secondario non effettuato e 3 ad errata prestazione.

7. STANDARD JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Come previsto dal progetto Patient Safety e Emergency Department, i Presidi Ospedalieri dell'ASP di Palermo sono sottoposti a due differenti valutazioni: l'autovalutazione da parte del referente JCI, presente in ciascun P.O., e l'on site visit, svolta da parte dei valutatori JCI.

Di seguito sono descritti i risultati dell'ultima on site visit, effettuata presso il P.O. "Ingrassia" di Palermo ad ottobre 2011, correlati con l'autovalutazione del referente del P.O. "Ingrassia".

Sono stati analizzati complessivamente 222 elementi misurabili relativi a 60 standard ($\bar{X} = 0.68$). La media calcolata sui medesimi elementi misurati dall'autovalutazione è pari a $\bar{X} = 0.89$ evidenziando una differenza tra le medie di 0.21.

Standard	Descrizione	n° STD	n° EM
IPSG	Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente	6	24
ACC	Accesso ad assistenza e continuità delle cure	5	21
PFR	Diritti del paziente e dei famigliari	3	11
AOP	Valutazione del paziente	7	23
COP	Cura del Paziente	3	8
ASC	Assistenza Anestesiologica e Chirurgica	10	35
MMU	Gestione ed Utilizzo dei Farmaci	8	26
QPS	Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente	5	20
SQE	Qualifiche e Formazione del Personale	9	36
MCI	Gestione della Comunicazione e delle Informazioni	4	18

Tab. 4 - Sintesi standard JCI esaminati e relativi elementi misurabili.

Al fine di individuare le aree maggiormente critiche, sono state calcolate le medie dei punteggi attribuiti a ciascun elemento misurabile per le aree valutate attraverso l'on site visit e comparate con l'autovalutazione (Tab. 5).

Standard JCI	Medie Autovalutazione	Medie Valutatore JCI
IPSG	$\bar{X} = 0,88$	$\bar{X} = 0,66$
ACC	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 1$
PFR	$\bar{X} = 0,93$	$\bar{X} = 0,70$
AOP	$\bar{X} = 0,89$	$\bar{X} = 0,89$
COP	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 1$
ASC	$\bar{X} = 0,97$	$\bar{X} = 0,74$
MMU	$\bar{X} = 0,96$	$\bar{X} = 0,86$
QPS	$\bar{X} = 0,96$	$\bar{X} = 0,4$
SQE	$\bar{X} = 0,64$	$\bar{X} = 0,30$
MCI	$\bar{X} = 1$	$\bar{X} = 0,83$
totale	$\bar{X} = 0,92$	$\bar{X} = 0,84$

Tab. 5 - Confronto tra le medie autovalutazione e valutazione esterna calcolate sulle singole aree e sul totale relativamente agli elementi misurati.

Da questa prima analisi, si evidenzia una sostanziale congruenza tra la valutazione del consulente JCI e l'autovalutazione tranne che per gli standard relativi a:

Standard	Autovalutazione	Valutazione consulente	differenza
QPS - Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente	$\bar{X} = 0,96$	$\bar{X} = 0,4$	0,56
SQE - Qualifiche e Formazione del Personale	$\bar{X} = 0,64$	$\bar{X} = 3,0$	0,34

Tab. 6 - Differenza tra le medie relative all'autovalutazione e la valutazione esterna

Infine, sono stati analizzati complessivamente i risultati della valutazione del consulente JCI relativamente al grado di raggiungimento degli elementi misurabili (Grafico n. 4). Mentre il 52,2% degli standard è stato ritenuto completamente raggiunto, gli standard non raggiunti equivalgono al 11,2%.

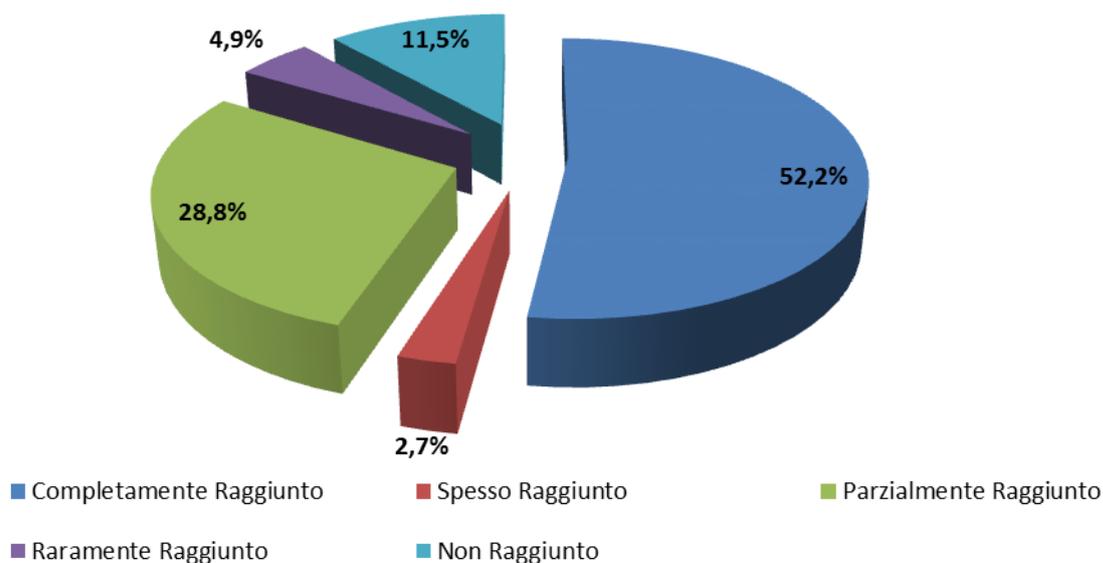


Grafico n. 4 - distribuzione percentuale relativa agli Elementi misurabili degli standard JCI.

Risultati

Dalle analisi effettuate risulta che gli elementi misurabili relativi agli standard ACC e COP sono completamente raggiunti. Anche i risultati relativi agli standard AOP, MMU e MCI ($> X = 0.80$) e agli standard PFR e ASC ($> X = 0.70$) sono particolarmente incoraggianti.

Viceversa, la valutazione relativa agli elementi misurabili degli standard IPSP, QPS e SQE evidenzia la necessità di specifiche azioni di intervento, definite dai piani di miglioramento elaborati ed attualmente in corso di applicazione.

Inoltre, come evidenziato dal grafico n. 4, è stato definito un elenco degli elementi misurabili ritenuti non raggiunti dal valutatore JCI per i quali è stato prontamente definito un piano di miglioramento che, nella maggior parte dei casi, si è concluso con il completo raggiungimento delle azioni previste.

Standard - descrizione	EM - descrizione
AOP.1.2 - La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	2. Per ogni paziente viene effettuata una valutazione psicologica iniziale in funzione dei bisogni del paziente.
ASC.6 - Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	1. Il monitoraggio del paziente durante la fase di risveglio post-anestesia viene eseguito in conformità alla politica ospedaliera.
ASC.7.4 - L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	2. Il piano di assistenza postoperatoria è documentato in cartella clinica dal chirurgo referente o verificato dal chirurgo referente che co-firma il piano documentato che è stato redatto da un suo delegato.
	3. Il piano di assistenza infermieristica postoperatoria è documentato in cartella clinica.
IPSG.5 - L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.	2. L'organizzazione ha messo in atto un programma efficace di igiene delle mani.
QPS.3.1 - I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori clinici chiave per le singole strutture, processi ed esiti clinici dell'organizzazione.	3. I leader tengono conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore selezionato.
	5. Per ciascun indicatore sono identificati l'ambito di applicazione, la metodologia e la frequenza.
QPS.3.3 - I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo Internazionale per la sicurezza del Paziente.	1. I leader clinici e manageriali selezionano gli indicatori chiave per ciascun Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente.
SQE.1.1 - Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata.	1. Per ogni operatore non autorizzato ad esercitare la professione autonomamente esiste una job description
	2. Per i professionisti identificati ai punti a) - d) dell'intento, laddove presenti nell'organizzazione, esiste una job description appropriata alle attività e alle responsabilità loro affidate oppure, laddove evidenziato dall'intento come alternativa possibile, sono stati loro conferiti i relativi "privilegi".
	3. Le job description sono aggiornate in base alla politica ospedaliera.
SQE.10 - L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.	1. L'organizzazione si serve di un processo standardizzato, documentato in una politica ufficiale, per il conferimento dei "privileges" per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai singoli medici in occasione dell'assegnazione del primo incarico e della riconferma.
	2. La decisione in merito alla riconferma per l'erogazione di prestazioni sanitarie è guidata dagli elementi di cui ai punti a) - f) dell'intento e dal riesame annuale delle performance del singolo medico.
	3. Le prestazioni sanitarie da erogarsi ad opera di ciascun medico sono chiaramente delineate e comunicate dai leader dell'organizzazione a tutte le unità operative dell'organizzazione e al singolo medico interessato.
SQE.11 - L'organizzazione si serve di un processo standardizzato e permanente per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni cliniche erogate da ciascun medico	1. Una valutazione continua della pratica professionale in termini di qualità e di sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate da ciascun medico è oggetto di riesame e di comunicazione al diretto interessato almeno una volta l'anno.
	2. La valutazione continua della pratica professionale e il riesame annuale di ciascun medico sono effettuati per mezzo di un processo uniforme definito dalla politica ospedaliera.
	3. La valutazione contempla e utilizza i dati comparativi in modo proattivo, ad esempio tramite un benchmarking con la medicina basata sulla letteratura.
	4. La valutazione contempla e utilizza le conclusioni delle analisi approfondite di complicità note laddove applicabile.

Standard -descrizione	EM - descrizione
SQE.11 - L'organizzazione si serve di un processo standardizzato e permanente per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni cliniche erogate da ciascun medico	5. Le informazioni emerse dal processo di valutazione della pratica professionale sono documentate nel fascicolo delle credenziali del medico e in altri fascicoli pertinenti.
SQE.3 - L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti.	2. Gli operatori sanitari neoassunti sono valutati nel momento stesso in cui cominciano ad adempiere alle loro responsabilità lavorative.
	4. L'organizzazione definisce la frequenza della valutazione continua del personale sanitario.
SQE.5 - Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore.	3. I fascicoli del personale contengono la job description degli operatori laddove applicabile.
	5. I fascicoli del personale contengono i risultati delle valutazioni.
	7. I fascicoli del personale sono standardizzati e costantemente aggiornati.
SQE.9 - L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.	3. Tutte le credenziali (tra cui titoli di studio, abilitazioni e registrazioni) sono verificate presso la fonte originale, ossia l'istituzione che ha rilasciato la credenziale, prima che il professionista cominci ad erogare prestazioni sanitarie ai pazienti o per essi.
	4. Tutte le credenziali presenti nel fascicolo del singolo medico (tra cui titoli di studio, abilitazioni ed iscrizioni agli albi) sono in corso di validità e aggiornate laddove richiesto.
SQE.9.1 - Come minimo ogni tre anni, la leadership prende una decisione fondata su informazioni precise in merito al rinnovo dell'autorizzazione di ciascun medico a seguitare ad erogare prestazioni clinico-sanitarie.	1. Esiste un processo, descritto in politica, per il riesame delle credenziali di ciascun medico a intervalli periodici quantomeno ogni tre anni.

7. GESTIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le Raccomandazioni che il Ministero per la Salute elabora e pubblica tramite web sono state diffuse a tutte le UU.O.O. direttamente interessate tramite lista di distribuzione e, nella maggior parte dei casi, sono state contestualizzate rispetto all'organizzazione.

In alcuni casi, vista l'importanza dell'argomento trattato per questa Azienda, il documento elaborato sulla base della raccomandazione ministeriale ha assunto la forma di procedura aziendale.

Raccomandazione	Applicazione
1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Lista di distribuzione
2 - Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.	Protocollo operativo
3 - corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Protocollo operativo
4 - prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura aziendale
5 - prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Documento sul buon uso del sangue
6 - prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Lista di distribuzione
7 - prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura aziendale
8 - prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Lista di distribuzione
9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali	Lista di distribuzione
10 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Non applicabile
11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura aziendale
12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Procedura aziendale
13 - La prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale
14 - La prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	In corso di applicazione

Nel corso del 2012 è stata verificata la corretta applicazione della raccomandazione ministeriale o dell'eventuale contestualizzazione sotto forma di procedura aziendale o protocollo tramite specifiche metodologie (safety walkaround, Trigger, verifica check list ecc).

I risultati hanno evidenziato una corretta adesione alle raccomandazioni ministeriali e ai documenti da esse elaborati superiore al 90%.

Dall'analisi dei dati suesposti, emergono alcune aree di criticità che necessitano di specifici piani di miglioramento e che riguardano le seguenti aree:

1. Formazione:

In riferimento allo sviluppo di una cultura del rischio clinico, all'interno del quale la formazione gioca chiaramente un ruolo chiave, è stato programmato un corso di formazione a distanza (FAD) rivolto a 250 operatori sanitari del comparto, principalmente infermieri ed ostetriche.

Il corso, che prevede 10 moduli e dà accesso a 30 crediti formativi, sarà integrato con interventi in aula relativi alla contestualizzazione delle attività di rischio clinico (specifici protocolli operativi, modulistica applicata nelle varie aree ecc.).

Oltre ad intervenire sui concetti generali relativi al rischio clinico, saranno programmati interventi rivolti agli infermieri con la medesima metodologia già sperimentata nel corso del 2012. Nello specifico, saranno effettuati degli incontri brevi (durata max 2 ore), rivolti a piccoli gruppi di infermieri (15-20 persone) dello stesso presidio ospedaliero.

Quest'anno è stato definito un programma di argomenti basati sull'applicazione degli standard JCI che sono stati individuati come carenti attraverso specifiche verifiche (Trigger).

Nello specifico, verranno trattati i seguenti argomenti:

- 1. Somministrazione e tracciabilità dei farmaci**
- 2. Comunicare con efficacia**
- 3. Documentare in modo accurato e tempestivo**
- 4. Le politiche e le procedure della ASP di Palermo**
- 5. Screening e valutazione del dolore**
- 6. Prevenzione delle cadute in ospedale**
- 7. Igiene delle mani**
- 8. gestione farmaci LASA e farmaci ad alto rischio**
- 9. Sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi.**

Parallelamente, è stato definito un programma di formazione rivolto specificatamente ai referenti rischio clinico e JCI delle UU. OO. che avrà luogo presso l'aula annessa all'U.O. di formazione in via Pindemonte n. 88.

Il programma prevede quattro giornate di formazione non consecutive che riguardano i seguenti obiettivi:

- 1. Nuovi standard JCI;**
- 2. Tecniche di verifica e monitoraggio all'interno del rischio clinico**
- 3. Interventi di prevenzione e piani di miglioramento**

4. La documentazione clinica alla luce del Decreto 13 marzo 2013 “linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale” (GURS 29/03/2013 n. 16).

2. Verifiche ed implementazione database

Da un’analisi critica dei flussi informativi e, nello specifico, dall’intersecazione dei flussi relativi agli incident report e ai sinistri, risulta chiaro che occorrerebbe implementare un ulteriore flusso di informazioni complementare ai due precedenti che possa fornire maggiori indicazioni sulle aree critiche su cui intervenire.

Di fatto, alcuni eventi che hanno dato esito a richiesta di risarcimento, non risultano segnalati attraverso il flusso “incident report” e, viceversa, alcuni incident report non sono stati segnalati come possibili sinistri.

Dalla letteratura internazionale, viene suggerita la metodologia dei trigger che prevede un’analisi retroattiva su un campione di cartelle cliniche all’interno delle quali vengono ricercati specifici possibili eventi quali, per esempio, gli errori legati alla gestione farmacologica (ritardo o errata somministrazione, gestione dei farmaci ad uso personale ecc.)

In quest’ottica, a partire dal secondo semestre 2013 e dopo un percorso formativo rivolto ai referenti rischio clinico e JCI delle UU. OO., verrà attivato un sistema di verifica direttamente sulla documentazione clinica attraverso la metodologia dei Trigger. In ciascuna U.O. ogni mese verranno sottoposte ad analisi il 5% delle cartelle cliniche che verranno esaminate allo scopo di individuare eventuali eventi avversi o quasi eventi.

In relazione ai risultati, sarà possibile definire in maniera più efficace le aree d’intervento e i relativi piani di miglioramento.

3. Visibilità

Nel corso del 2013, oltre ad ampliare i contenuti presenti nel sito internet, verrà pubblicato e distribuito un vademecum per la sicurezza del paziente rivolto prioritariamente agli infermieri che comprenderà le indicazioni schematiche delle buone pratiche adottate da questa azienda.

4. Standard JCI

Il percorso già avviato negli anni precedenti prevede per il 2013, oltre l’autovalutazione e l’on site visit, un’analisi dei comportamenti adottati rispetto agli standard direttamente nelle UU.OO. da parte di un’apposita equipe. La metodologia utilizzata si orienta al tracer, utilizzato da JCI, e prevede almeno due visite l’anno per ciascuna UU.OO. coinvolta.

Inoltre, alla luce del manuale “**Gli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita**” pubblicato dall’Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Age.Na.s., particolare attenzione sarà indirizzata all’applicazione dagli standard individuati per la sicurezza nel percorso nascita.

Formazione

Attività previste	1a. Corso di formazione a distanza (FAD)											
	Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Individuazione e formazione facilitatori corso FAD	X	X										
Selezione partecipanti corso FAD		X	X									
Distribuzione credenziali d'accesso			X	X								
Supporto e monitoraggio alla formazione a distanza				X	X	X						
Verifica acquisizione competenze							X*	X*	X*			
Analisi dei dati										X	X	

* a tale scopo è stato appositamente costruito un questionario sul grado di soddisfazione che si allega alla presente.

Attività previste	1b. Corso di formazione infermieri											
	Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
P.O. Ingrassia - Palermo		X	X	X								
P.O. Civico - Partinico				X	X							
P.O. Cimino - Termini Imerese									X	X		
P.O. Madonna dell'Alto - Petralia Sottana									X			
P.O. Dei Bianchi - Corleone										X		

La modalità e gli argomenti del percorso formativo sono già precedentemente descritti. La presente tabella si riferisce esclusivamente alla distribuzione temporale delle attività in ciascun P.O.

Verifiche ed implementazione database

Attività previste	Verifica documentazione clinica tramite check list											
	Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Formazione referenti sulla check list/trigger									X	X		
Sperimentazione trigger in una U.O. di ciascun P.O.										X		
Verifica documentazione (5%)										X	X	X
Analisi dei dati ed integrazione su database										X	X	X

Cronoprogramma specifiche attività per ciascun P.O.

attività previste	Piano Rischio Clinico P.O. "Madonna dell'Alto" - Petralia Sottana Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
1) Comunicazione ai Responsabili delle UU.OO. delle linee di indirizzo P.A.C.A. (D.A. 13 marzo 2013) e loro applicazione.						X						
2) Programmazione controlli di tutte le cartelle cliniche dei ricoverati in giorno indice su dolore, cadute, s.u.t. e tromboembolia						X	X		X			
3) Redazione di reportistica su controlli							X		X			
4) Incontro formativo e informativo con i referenti delle UU.OO. (a cura del dott. Casiglia)						X						

Attività previste	Piano rischio clinico P.O. "G. F. Ingrassia" - Palermo Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Comunicazione ai Responsabili delle UU.OO. delle linee di indirizzo P.A.C.A. (D.A. 13 marzo 2013) e loro applicazione						X						
Controlli di tutte le cartelle cliniche dei ricoverati in giorno indice su dolore, cadute, S.U.T e profilassi TVP						X	X		X			
Redazione di reportistica su controlli							X			X		
Identificazione operatori da formare e Programmazione formazione						X						
Formazione operatori						X	X	X	X	X	X	X
Comunicazione piani di miglioramento JCI redatti alle UU.OO e Servizi interessati						X						
Adozione piani di miglioramento redatti su ultima autovalutazione							X	X	X	X	X	
Verifiche su applicazione piani di miglioramento												X
Formazione su raccolta dati trigger							X	X	X			
Raccolta e analisi dei dati ed integrazione su database										X	X	X

Attività previste	Piano Rischio Clinico P.O. "Civico" - Partinico Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
1) Comunicazione ai Responsabili delle UU.OO. delle linee di indirizzo P.A.C.A. (D.A. 13 marzo 2013) e loro applicazione.						X						
2) Controlli di tutte le cartelle cliniche dei ricoverati in giorno indice su: valutazione dolore, valutazione cadute, s.u.t. e profilassi TEV e antibiotica						X	X		X			
3) Redazione di reportistica su controlli							X				X	
4) Trasmissione piani di miglioramento JCI alle UU.OO. coinvolte							X					
Adozione piani di miglioramento								X	X	X	X	
4) verifica applicazione piani di miglioramento												X

Attività previste	Piano rischio clinico P.O. "S. Cimino" - Termini Imerese Planning 2013											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Comunicazione ai Responsabili delle UU.OO. delle linee di indirizzo P.A.C.A. (D.A. 13 marzo 2013) e loro applicazione					X							
Controlli di tutte le cartelle cliniche dei ricoverati in giorno indice su dolore, cadute, s.u.t. e tromboembolia						X	X		X			
Redazione di reportistica su controlli										X		
Identificazione operatori da formare dopo controlli su cartelle								X				
Formazione operatori									X	X	X	
Comunicazione piani di miglioramento JCI redatti alle UU.OO e Servizi interessati						X						
Adozione piani di miglioramento redatti su ultima autovalutazione							X	X	X	X	X	
Verifica su applicazione piani di miglioramento												X
Formazione su raccolta dati trigger							X	X	X			
Raccolta e analisi dei dati ed integrazione su database										X	X	X