



# PIANO AZIENDALE ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - 2014

RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITA'  
SVOLTE E SUI RISULTATI RAGGIUNTI IN  
RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI PREFISSATI  
NEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO CLINICO - ANNO 2013.

## **Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico - anno 2013.**

### Premessa

Durante il 2013, partendo da quanto previsto dal Piano Aziendale Qualità e rischio clinico 2013, sono state programmate e sviluppate 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 JCI e rischio clinico composta da:

- 6 dirigenti medici, uno per ciascun Presidio Ospedaliero della ASP, che hanno 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*.

Inoltre, è stato individuato un referente rischio clinico per il Dipartimento di Salute Mentale, Neuropsichiatria infantile e Dipendenze Patologiche.

- 41 operatori sanitari, uno per ciascuna U.O. dei 6 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 2013, 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 suddivisi in 4 edizioni, ciascuna di 20 ore) entrambi accreditati ECM.

In continuità con il programma formativo già svolto e nell'ottica di sviluppare la cultura del rischio clinico agli operatori coinvolti nella gestione degli eventi avversi, nel corso del 2013, è stato attuato un piano di formazione che ha previsto:

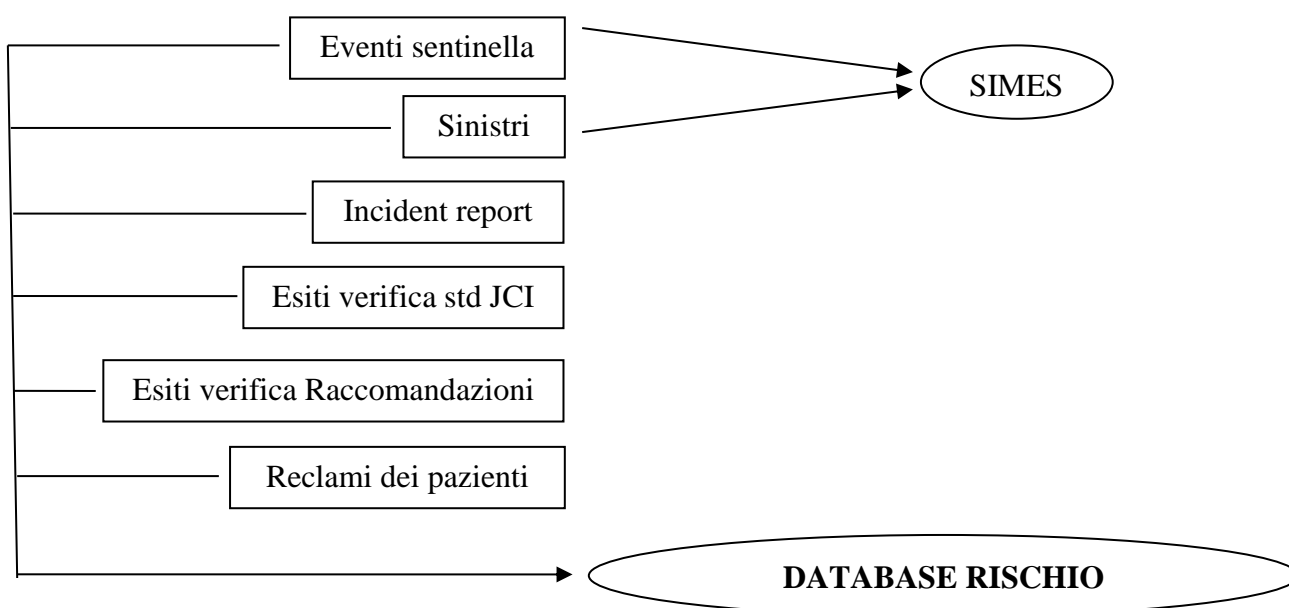
- n. 22 moduli di formazione frontale che hanno coinvolto gli infermieri dei PP.OO. e Villa delle Ginestre e che hanno riguardato le modalità di gestione e di trasmissione degli incident report, la prevenzione delle cadute, la prevenzione del suicidio e la valutazione del dolore.

### **b. Visibilità**

Al fine di rendere maggiormente accessibili le informazioni relative alla 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, al materiale relativo al progetto *Patient Safety* della *Joint Commission International* e ad una selezione di siti nazionali ed internazionali del settore.

## **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 2013, sono stati esaminati i risultati dell'on site visit effettuate dalla *Joint Commission International*, al fine di programmare le azioni dei relativi piani di miglioramento cui si rimanda al paragrafo successivo.

Inoltre, in via sperimentale ed in collaborazione con L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" e l'ARNAS Civico "Di Cristina Benfratelli" è stata effettuata un'analisi basata sui Trigger Tools.

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	2013
Eventi sentinella	10	3	2	1
Incident report	5	70	101	89
Sinistri	69	60	100	152

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 nominata dalla Direzione Strategica Aziendale che, oltre a definire le variabili latenti, individua le azioni di miglioramento da apportare per migliorare gli standard di sicurezza del paziente.

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

Nel corso del 2013 è stato inviato, tramite flusso SIMES, un evento sentinella:

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 2013, 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, il Dipartimento del Farmaco, il Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio e l'UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza hanno definito specifiche schede di segnalazione in base alle caratteristiche di ciascuna struttura.

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)

Tab. 2 valutazione del rischio futuro.

Nel corso del 2013, è stata segnalato un unico evento sentinella relativo ad una paziente che ha riportato un trauma maggiore conseguente a caduta. Il piano di miglioramento individuato dalla RCA ha previsto un audit con gli operatori coinvolti nell'evento riguardante la corretta applicazione della procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute e, nello specifico, sui criteri di valutazione dei pazienti a rischio di caduta.

A seguito dell'audit è stato effettuato un incontro formativo con tutti i responsabili delle UU.OO. sulla corretta gestione del paziente a rischio di caduta.

Per quanto riguarda gli eventi con e senza esito per il paziente, sono pervenute complessivamente n. 89 segnalazioni di cui n. 52 eventi avversi e n. 37 *near miss*.

Rispetto al 2012, le segnalazioni pervenute dai PP.OO. sono aumentate (+12,4%), mentre rimangono stabili quelle provenienti dalle UU.OO. territoriali.

In flessione le segnalazioni provenienti dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura presenti nei Presidi Ospedalieri non gestiti dall'ASP (ARNAS Civico, Ospedali Riuniti, Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù).

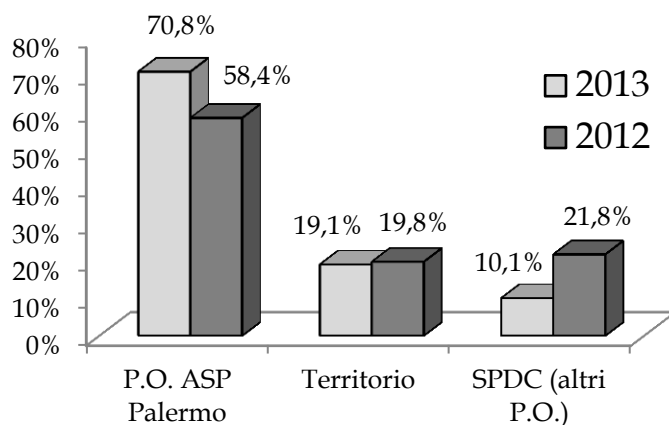


Grafico n. 1: distribuzione percentuale eventi avversi e *near miss*.

Occorre evidenziare che, mentre il rapporto tra segnalazioni con esito e senza esito nei PP.OO. è pressoché equivalente (eventi con esito 52%; eventi senza esito 48%) le segnalazioni provenienti dalle UU.OO. territoriali e dai SPDC riguardano prevalentemente gli eventi con esito (eventi con esito 73%; eventi senza esito 27%).

Presidi Ospedalieri	Eventi		
	Con esito	Senza esito	Totali
Ingrassia - Palermo	20	17	37
Civico - Partinico	7	7	14
Cimino - Termini Imerese	2	3	5
Madonna dell'Alto - Petralia	2	2	4
Dei Bianchi - Corleone	1	0	1
Villa delle Ginestre	1	1	2
Altro (SPDC in altri P.O.)	7	2	9
Territorio	12	5	17
<b>Totali</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>89</b>

Tab. 3 - distribuzione valori assoluti eventi suddivisi per provenienza

Rispetto all'analisi degli eventi (grafico n. 2), le cadute sono gli eventi più segnalati (57,3% rispetto a 39% nell'anno precedente). Di queste, n. 23 segnalazioni riguarda cadute senza esito, mentre in 28, il paziente ha riportato un danno (grafico n. 3). Rispetto al precedente anno, è stata notevolmente incrementata la comunicazione delle cadute senza esito (6% nel 2012).

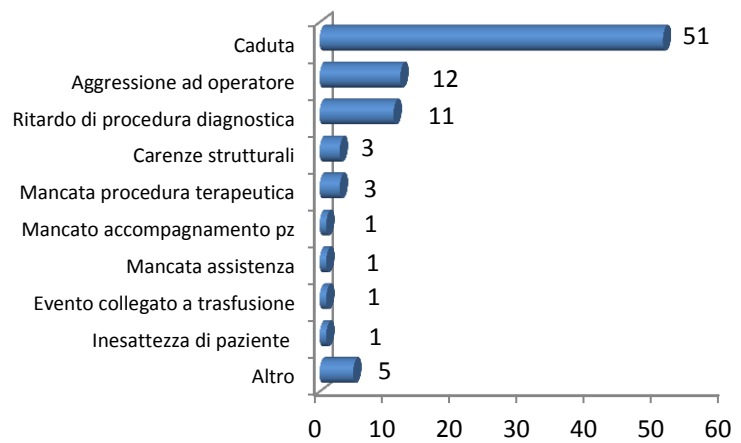


Grafico n. 2 - distribuzione valori assoluti casistica degli incident report - ANNO 2013.

Ciò è probabilmente dovuto ai corsi di formazione sulla prevenzione delle cadute e sulla segnalazione degli eventi senza esito.

Inoltre, nel 2013 è stata definita ed implementata una procedura aziendale ed una specifica scheda di segnalazione cadute. Come verrà rappresentato in seguito, le cadute rappresentano la categoria di eventi più frequenti anche per quanto riguarda le richieste di risarcimento tramite sinistri.

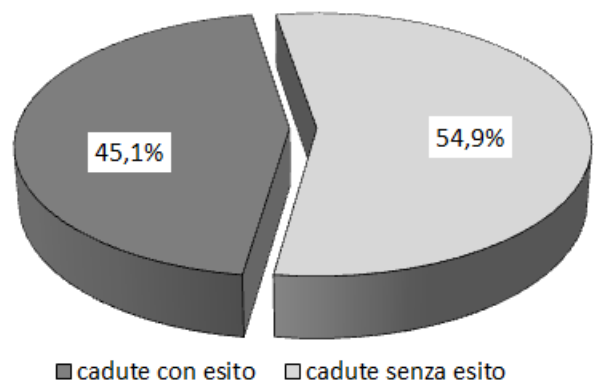


Grafico n. 3: distribuzione percentuale cadute con e senza esito per il paziente.

Un altro evento che risulta particolarmente rilevante riguarda l'aggressione agli operatori (13,5%). Occorre considerare che, mentre le cadute sono tendenzialmente distribuite in tutte le UU. OO., le aggressioni sono avvenute prevalentemente (83%) nelle UU.OO. afferenti al Dipartimento di Salute Mentale (SPDC, SERT, CTA e DSM)

Al fine di ridurre tale evento avverso, è in corso di definizione un protocollo per la gestione della contenzione dei pazienti.

## 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 2013, 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 aveva 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.

I sinistri trasmessi tramite flusso SIMES sono stati segnalati prevalentemente dai PP.OO. (58,6%). Il 39,5% sono stati segnalati dalle UU.OO. Territoriali e il 2% dal SPDC di Villa Sofia (Ospedali Riuniti).

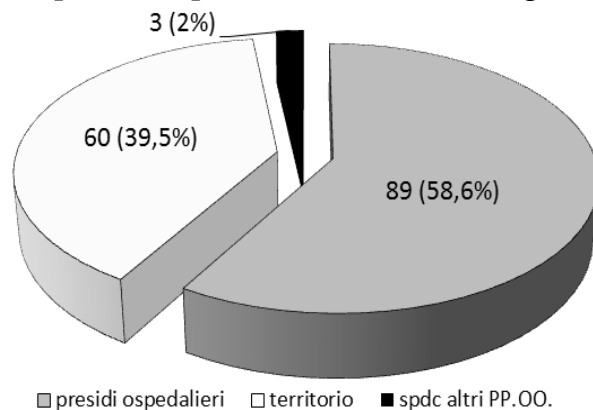


Grafico n. 4 - distribuzione dei sinistri in base alla provenienza.

Dai dati elaborati emerge la seguente casistica:

Le cadute rappresentano la categoria di maggiore frequenza per la quale viene richiesto risarcimento. Occorre specificare che il 58% dei sinistri segnalati, per la loro dinamica, non rientra specificatamente nella gestione del rischio clinico (lesioni personali, punture/taglio accidentale, infortuni e decessi) poiché legati ad eventi accidentali o ad obblighi di comunicazione in via cautelativa come nel caso dei decessi.

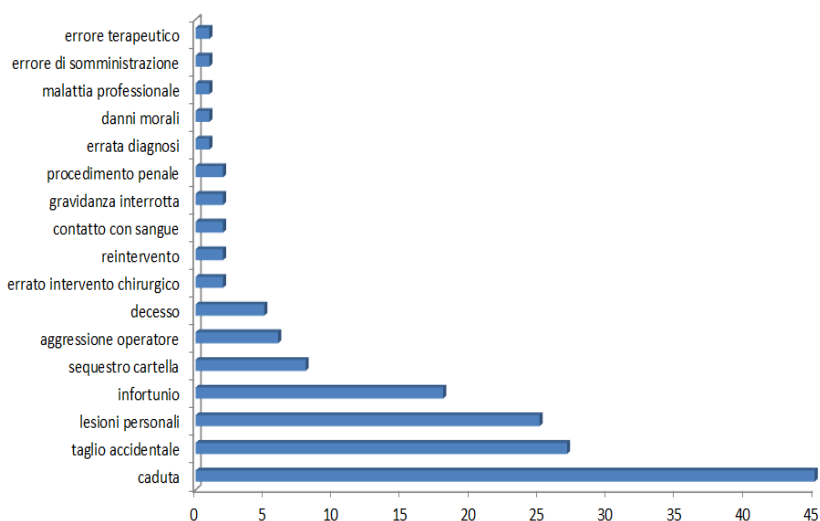


Grafico n. 5 - distribuzione percentuale casistica dei sinistri.

La maggior parte dei sinistri proviene dal P.O. "Ingrassia" (n. 40). Segue il "Civico" di Partinico (n. 23), il "Cimino" di Termini Imerese (15), il "Dei Bianchi" di Corleone (n. 6), il "Madonna dell'Alto" di Petralia (n. 4) ed infine Villa delle Ginestre (n. 1).



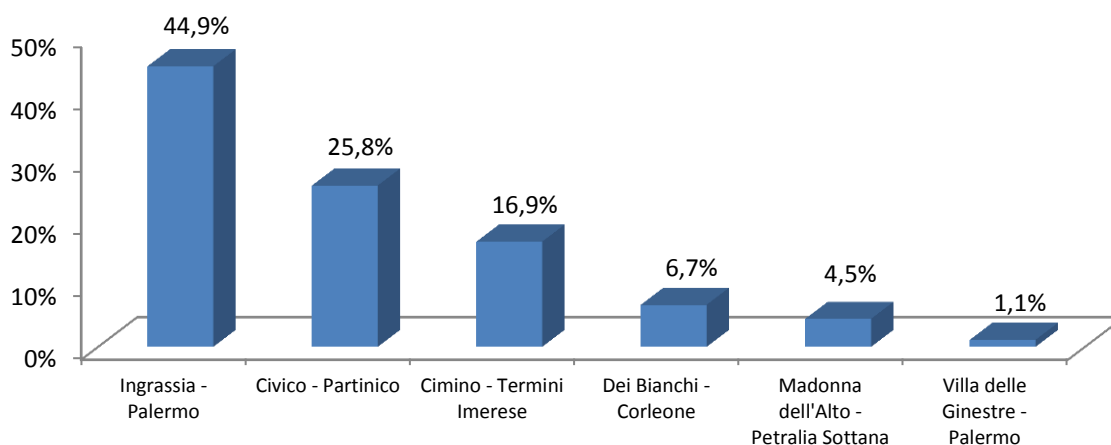


Grafico n. 6 – distribuzione sinistri suddivisi per P.O. e per categorie - ANNO 2013.

## 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 2013, su 150 segnalazioni dell'utenza, 17 hanno riguardato il rischio clinico (11%).

Di queste, 8 sono pervenuti da presidi ospedalieri e 9 da strutture territoriali.

Nello specifico: n. 5 (29,4%) reclami sono attribuibili a tempi di attesa prolungati in Pronto Soccorso, 4 (23,5%) a ritardi nella consegna dei risultati relativi allo screening, 3 (17,6%) a ritardi di prestazione, 2 (11,8%) a carenze strutturali e 3 ad altro ((17,6%).

## 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*, effettuata dai valutatori JCI. Di seguito sono descritti i risultati delle *on site visit* effettuate nel 2013 presso i P.O. "Cimino" di Termini Imerese e "Ingrassia" di Palermo, correlati con l'autovalutazione dei referenti JCI dei PP.OO.

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.

Presidi Ospedalieri			Ingrassia	Termini
Standard	Descrizione	n° STD	n° EM	n° EM
IPSG	Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente	6	24	14
ACC	Accesso ad assistenza e Continuità delle Cure	6	22	28
PFR	Diritti del Paziente e dei Familiari	5	11	9
AOP	Valutazione del Paziente	16	30	24
COP	Cura del Paziente	6	8	7
ASC	Assistenza Anestesiologica e Chirurgica	11	34	29
MMU	Gestione ed Utilizzo dei Farmaci	9	33	20
FMS	Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture	13	21	12
QPS	Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente	5	20	12
PCI	Prevenzione e Controllo Infezioni	10	21	11
SQE	Qualifiche e Formazione del Personale	10	37	15
MCI	Gestione della Comunicazione e delle Informazioni	4	18	11
TOTALI		101	279	192

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

Di seguito si riportano le sintesi dei report prodotti dalla JCI per ciascun presidio ospedaliero.

### **Sintesi del report della visita effettuata dai consulenti JCI presso il PO "S. Cimino" di Termini Imerese il giorno 23 gennaio 2013**

Il PO "S. Cimino" di Termini Imerese ha alcuni punti di forza, che si suggerisce di sviluppare ulteriormente, prendendoli anche come esempio metodologico per il resto dell'ospedale.

1. In generale è stata particolarmente apprezzata la collaborazione, la partecipazione e la trasparenza di tutto lo staff a partire dalla Direzione Strategica, la Direzione Medica di Presidio, dal responsabile e dal personale di PS, del Risk Manager e dell'Ufficio Qualità che hanno partecipato all'intera visita in modo attivo e propositivo.

2. Quasi tutti i documenti (politiche e procedure) sono stati formalizzati. Molto ben organizzati, assicurata l'identificazione e la rintracciabilità.

Rispetto all'analisi degli standard, si evidenziano le seguenti criticità:

1. Il processo per la gestione del dolore non appare efficacemente implementato.
2. Il Foglio Unico di Terapia non è applicato in modo uniforme in tutte le aree.

GRUPPO STANDARD	Elementi Valutati	Valutazione Media
IPSG - Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente	14/24	0,804
ACC - Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure	28/31	0,973
PFR - Diritti dei Pazienti e dei Familiari	9/15	0,944
AOP - Valutazione del Paziente	24/36	0,938
COP - Cura del Paziente	7/15	1,000
ASC - Assistenza Anestesiologica e Chirurgica	29/38	0,664
MMU - Gestione e Utilizzo dei Farmaci	20/34	0,850
FMS - Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture	12/22	0,771
QPS - Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente	12/20	1,000
PCI - Prevenzione e Controllo delle Infezioni	11/22	0,455
SQE - Qualifiche e Formazione del Personale	15/44	0,850
MCI - Gestione della Comunicazione e delle Informazioni	11/18	0,909
<b>GENERALE</b>	<b>192/319</b>	<b>0,842</b>

Tab. 5 - Sintesi valutazione media degli elementi misurati P.O. "Cimino" - ANNO 2013.

### **Sintesi del report della visita effettuata dai consulenti JCI presso il PO "Ingrassia" di Palermo nei giorni 9, 10 e 11 aprile 2013.**

In generale è stata particolarmente apprezzata la collaborazione, la partecipazione e la trasparenza di tutto la staff a partire dalla Direzione Strategica, la Direzione Medica di Presidio, dal responsabile e del personale di PS, del Risk Manager e dell'Ufficio Qualità che hanno partecipato all'intera visita in modo attivo e propositivo.

L'ospedale **PO Ingrassia di Palermo** ha alcuni punti di forza, che si suggerisce di sviluppare ulteriormente sia nel PS stesso che prendendoli come esempio per il resto dell'ospedale.

1. La partecipazione della leadership dell'ospedale alle attività di visita è stata concreta e tangibile. Il coinvolgimento dei professionisti all'implementazione degli standard del progetto regionale appare però ancora scarso. L'organizzazione dovrebbe fare ogni sforzo

per stimolare gli operatori a partecipare alle attività di implementazione degli standard con maggiore continuità nel tempo.

2. La struttura dimostra impegno nella implementazione dei processi secondo la metodologia degli standard, ha recepito le osservazioni delle visite precedenti e dimostra propensione al cambiamento ed al miglioramento.

Rispetto all'analisi degli standard, si evidenziano le seguenti criticità:

1. Molti documenti appaiono incompleti rispetto all'atteso degli standard. Forti difformità all'interno della struttura nella implementazione dei processi e nel coinvolgimento del personale clinico e assistenziale.

<b>GRUPPO STANDARD</b>	<b>Elementi Valutati</b>	<b>Valutazione Media</b>
<b>IPSG - Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente</b>	24/24	0,656
<b>ACC - Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure</b>	22/31	0,977
<b>PFR - Diritti dei Pazienti e dei Familiari</b>	11/15	0,909
<b>AOP - Valutazione del Paziente</b>	30/36	0,833
<b>COP - Cura del Paziente</b>	8/15	0,781
<b>ASC - Assistenza Anestesiologica e Chirurgica</b>	34/38	0,706
<b>MMU - Gestione e Utilizzo dei Farmaci</b>	33/34	0,848
<b>FMS - Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture</b>	21/21	0,833
<b>QPS - Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente</b>	20/20	1,000
<b>PCI - Prevenzione e Controllo delle Infezioni</b>	21/22	0,762
<b>SQE - Qualifiche e Formazione del Personale</b>	37/44	0,480
<b>MCI - Gestione della Comunicazione e delle Informazioni</b>	18/18	0,944
<b>GENERALE</b>	<b>279/319</b>	<b>0,784</b>

Tab. 6 - Sintesi valutazione media degli elementi misurati P.O. "Ingrassia" - ANNO 2013.

## 8. 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 ABO	Documento sul buon uso del sangue - Procedure
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	Non applicabile
15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Protocollo operativo (in Pronto Soccorso)

Tab. 7 - implementazione raccomandazioni ministeriali nell'ASP Palermo - ANNO 2013.

Nel corso del 2013 è stata verificata la corretta applicazione delle raccomandazioni ministeriali o dell'eventuale contestualizzazione sotto forma di procedura aziendale o protocollo tramite specifiche metodologie (*safety walkaround*, *Trigger Tools*, *verifica check list* ecc).

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

Nello specifico, sono state effettuate le seguenti attività svolte su tutti i P.O. dell'ASP di Palermo:

- ~ N. 6 riunioni organizzative con i referenti Rischio clinico e JCI dei Presidi Ospedalieri;
- ~N. 9 audit con i referenti rischio clinico delle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri;
- ~ n. 10 giornate di formazione rivolte agli infermieri dei P.O. relative a:
  - *il progetto Patient Safety ed Emergency Department - JCI*;

- la metodologia JCI e gli Standard AOP 1.7 - "Tutti i pazienti ricoverati ed ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo;
- Raccomandazione ministeriale n. 13 - prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- applicazione del Decreto Assessoriale 4 ottobre 2012 - Scheda Unica di Terapia;
- ~ N. 8 Verifiche su cartelle a campione tramite la griglia di valutazione JCI;
- ~ N. 5 Verifiche su cartelle a campione tramite la metodologia "Trigger Tools";
- ~ N. 12 Simulate di on site visit seguendo la metodologia "Tracer".

Pertanto, l'indicatore "N. di PP.OO. sui quali si è svolta attività di supporto e/o formazione per il raggiungimento degli standard JCI di rilevanza strategica / N. PP.OO. Aziendali" è stato pienamente raggiunto con valore 100%.

La valutazione sulle cartelle cliniche relative allo standard AOP 1.7, alla raccomandazione ministeriale n. 13 e sulla presenza della Scheda Unica di Terapia (Decreto Assessoriale 4 ottobre 2012) ha evidenziato i seguenti risultati:

Presidi Ospedalieri	N. cartelle con presenza di scheda unica di terapia /N. di cartelle dei pazienti ricoverati	N. cartelle con presenza di screening e valutazione del dolore /N. cartelle dei pazienti ricoverati	N. cartelle con presenza di scheda di valutazione rischio caduta /N. cartelle di pazienti ricoverati
"Ingrassia" Palermo	206/220 (93,6%)	202/211 (95,7%)	182/193 (94,3%)
"Villa delle Ginestre" Palermo	62/62 (100%)	62/62 (100%)	N.A.
"Dei Bianchi" Corleone	43/43 (100%)	43/43 (100%)	43/43 (100%)
"Cimino" Termini Imerese	87/87 (100%)	74/87 (85,1%)	87/87 (100%)
"Civico" Partinico	111/111 (100%)	110/111 (99,1%)	108/111 (97,3%)
"Madonna dell'Alto" Petralia Sottana	28/28 (100%)	28/28 (100%)	28/28 (100%)
TOTALI	537/551 (97,5%)	519/542 (95,8%)	448/462 (97%)

Tab. 8 - risultati verifica su documentazione clinica - ANNO 2013.

APPENDICE 1 - Risultati test di gradimento ed analisi condotta sul CORSO FAD "RISK MANAGEMENT: ERRORI ED INCIDENTI NELL'AMBITO SANITARIO"

Al fine di valutare l'impatto della formazione a distanza (prima esperienza nella nostra Azienda), sono stati acquisiti i risultati del test di gradimento utilizzato dall'Ente di formazione, di cui si riportano i risultati:

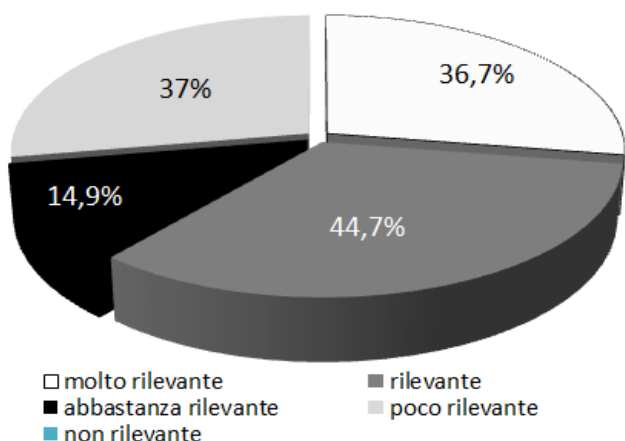


Grafico n. 1 - Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

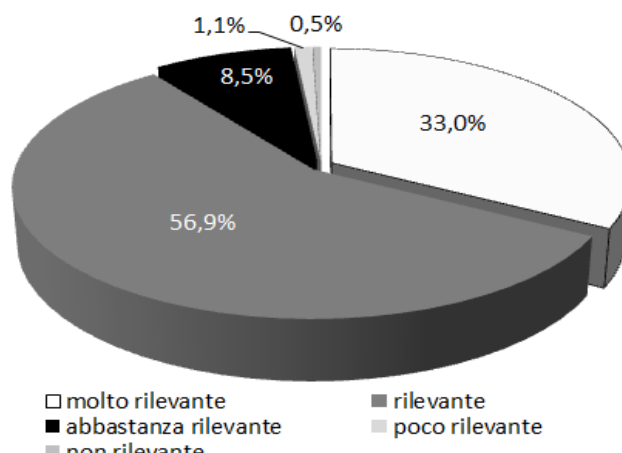


Grafico n. 2 - Come valuta la qualità educativa di questo programma FAD?

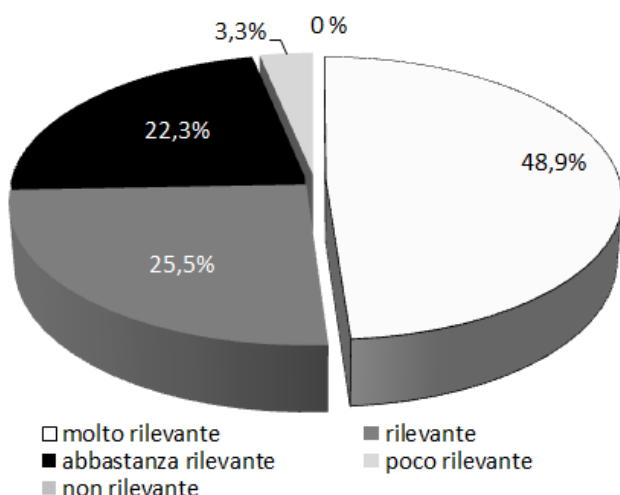


Grafico n. 3 - Come valuta l'efficacia dell'attività per la sua formazione continua?

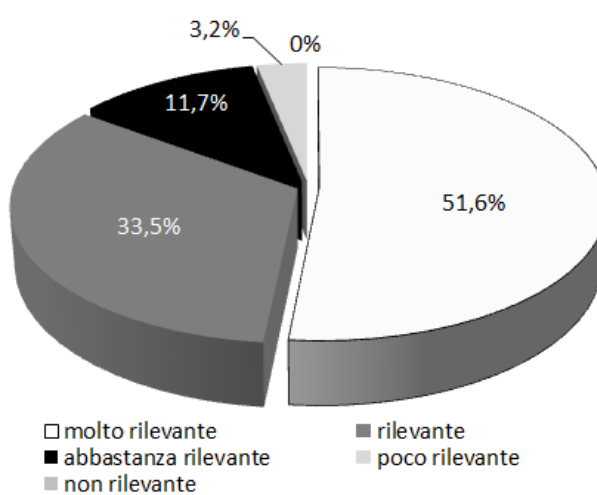


Grafico n. 4 - Come valuta l'usabilità della piattaforma FAD utilizzata?

Inoltre, le informazioni inerenti sia la modalità FAD che in contenuti sono state approfondite tramite un'indagine esplorativa condotta in collaborazione con l'Università degli Studi di Palermo.

A tal fine, con formale comunicazione inviata tramite email, tutti i partecipanti al corso sono stati invitati alla compilazione di un apposito questionario online che comprendeva le seguenti tre differenti aree per un totale di n. 20 item:

- Funzionalità FAD (n. 3 item);
- Contenuti del corso (n. 12 item);
- Considerazioni generali (n. 5 item).

Il 55% dei partecipanti ha correttamente compilato ed inviato il questionario di cui si riportano i seguenti risultati:

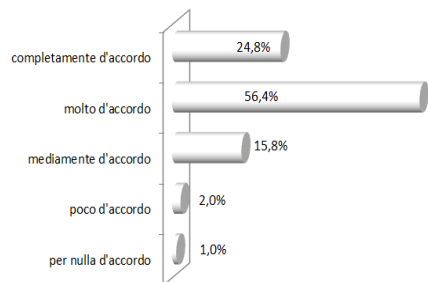


Grafico n. 5: La piattaforma utilizzata era facilmente accessibile

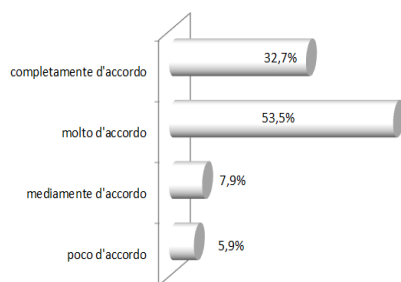


Grafico n. 6: Le funzioni di navigazione nella piattaforma didattica erano semplici ed intuitive

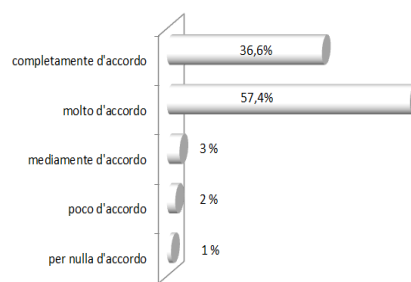


Grafico n. 7: La visualizzazione dei moduli era immediata

**FUNZIONALITA' FAD:** questa dimensione intende analizzare gli aspetti tecnici del percorso formativo, (piattaforma, funzioni di navigazione e visualizzazione dei moduli). I risultati mostrano che le risposte predominanti si riferiscono al valore "molto d'accordo". Inoltre i risultati evidenziato che nessun partecipante valutato negativamente l'impatto con la formazione a distanza.

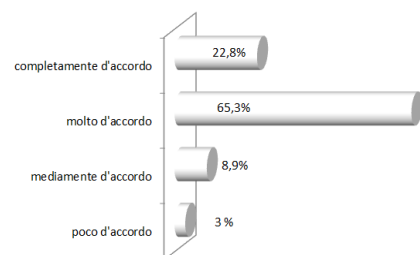


Grafico n. 8: La metodologia FAD era adeguata per gli argomenti trattati durante il corso

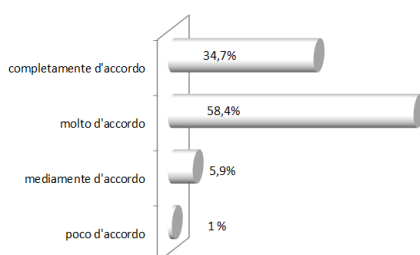


Grafico n. 9: I contenuti erano aggiornati rispetto alla letteratura più recente

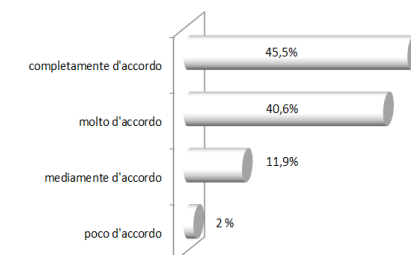


Grafico n. 10: Gli argomenti sono stati trattati in modo esauriente

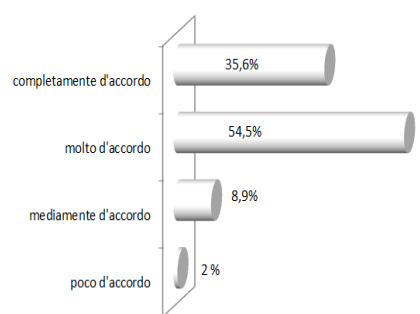


Grafico n. 11: I Contenuti erano aggiornati rispetto alla letteratura più recente

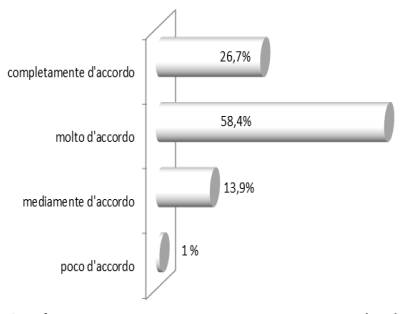


Grafico n. 12: La strutturazione degli argomenti all'interno di ogni modulo didattico era chiara ed adeguata

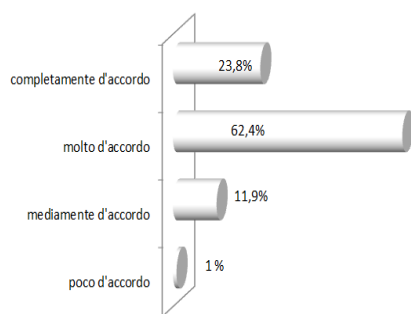


Grafico n. 13: La sequenza dei moduli didattici era idonea per un apprendimento efficace



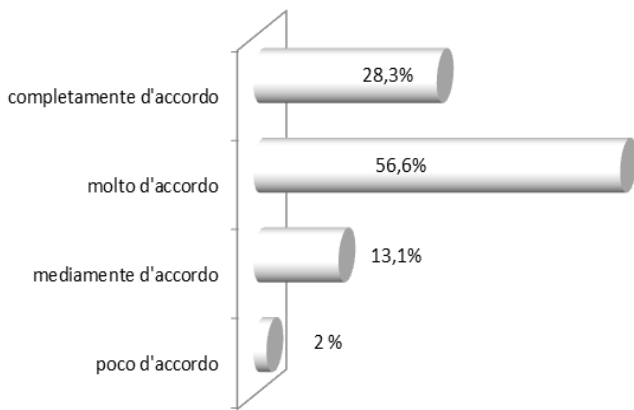


Grafico n. 14: Il linguaggio utilizzato era comprensibile

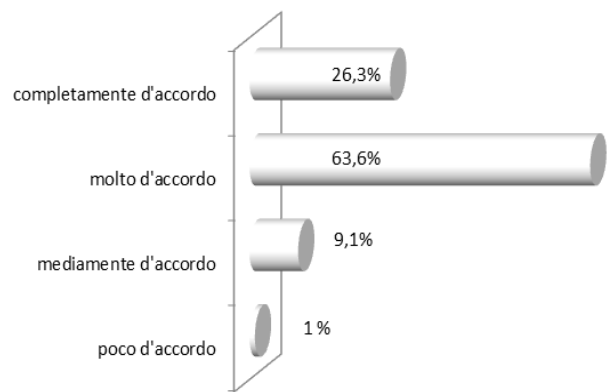


Grafico n. 15: La valutazione di ciascun modulo didattico era adeguata ai contenuti trattati

**CONTENUTI DEL CORSO:** questa dimensione restringe il focus sul Clinical Risk Management e riguarda la completezza degli argomenti trattati, la strutturazione interna dei moduli e la corretta sequenza ecc.

I risultati mostrano che i partecipanti hanno positivamente valutato la congruenza interna dei contenuti ed il loro livello di completezza.

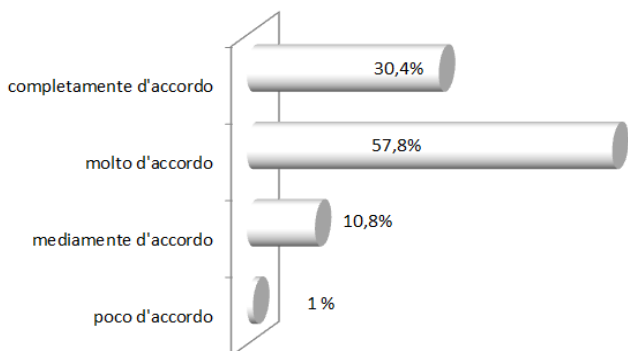


Grafico n. 16: Gli obiettivi del corso erano esplicitati correttamente nel programma

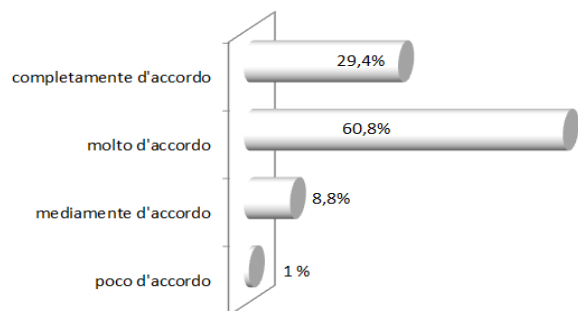


Grafico n. 17: Gli obiettivi formativi definiti nella parte iniziale di ogni modulo sono stati raggiunti

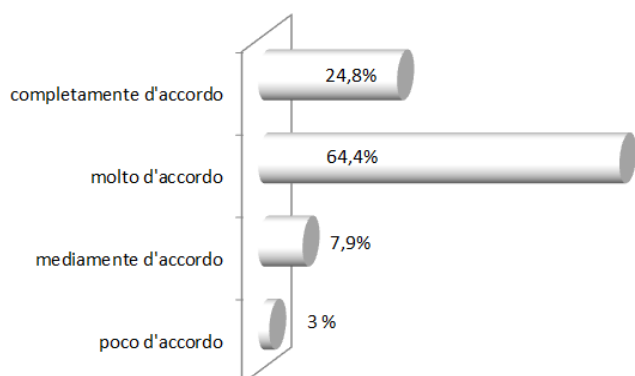


Grafico n. 18: La valutazione dell'apprendimento era congrua rispetto agli obiettivi dichiarati

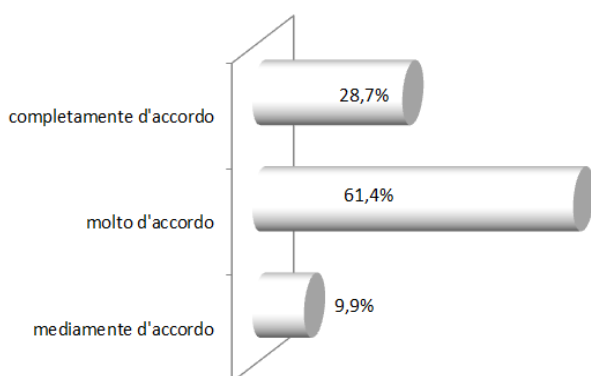


Grafico n. 19: Gli argomenti trattati erano coerenti con il mio fabbisogno formativo

**OBIETTIVI FORMATIVI:** questa dimensione intende indagare la percezione dei partecipanti in riferimento agli obiettivi prefissati dal corso (veniva chiesto ai partecipanti se gli obiettivi erano stati esplicitati in modo chiaro, la coerenza con il fabbisogno formativo, la valutazione dell'apprendimento etc.). I risultati mostrano che le risposte predominanti si riferiscono al valore "molto d'accordo" (item 12: 58%; item 13: 61%; item 14: 64%; item 15: 61%). Inoltre i risultati evidenziato che nessun partecipante ha indicato un valore totalmente negativo ("per nulla d'accordo") in riferimento all'item 12, item 13 e item 15.

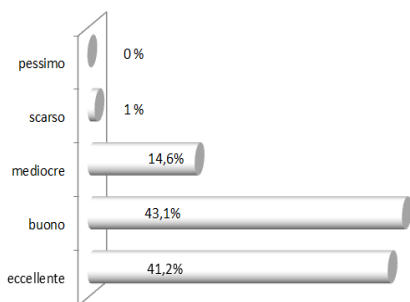


Grafico n. 20: In base alle mie aspettative ritengo che il corso FAD sia stato per me ...

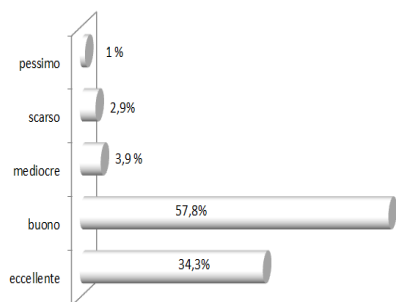


Grafico n. 21: Il mio giudizio complessivo del corso FAD è...

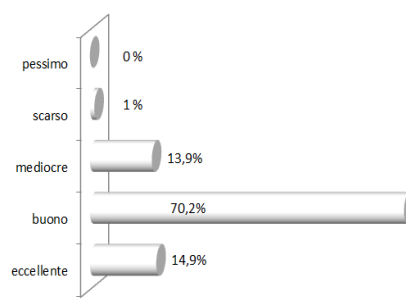


Grafico n. 22: Sulla base delle conoscenze acquisite durante il corso, oggi Lei come valuta la Sicurezza del paziente nel presidio ospedaliero in cui opera?

**CONSIDERAZIONI GENERALI:** questa dimensione intende analizzare le impressioni generali riguardo il corso. In particolare, i risultati mostrano che il 43% dei partecipanti dichiara che il corso è stato "abbastanza soddisfacente"; riguardo l'item 17 "il giudizio complessivo del corso" il 58% dei partecipanti esprime il giudizio "buono", solo il 3% esprime il giudizio scarso, e solo l'1% esprime il giudizio "pessimo"; nell'item 20, successivamente, viene chiesto "Sulla base delle conoscenze acquisite durante il corso, oggi Lei come valuta la sicurezza del paziente nel presidio ospedaliero in cui lavora?" il 70 % dei partecipanti esprime la risposta "buona"; inoltre i dati emersi mostrano che nessun partecipante ha indicato un valore totalmente negativo per questo item.