

Sicurezza delle cure – gestione del rischio clinico

Da un punto di vista generale la formazione/informazione nell'ambito della gestione del rischio si articola secondo le seguenti modalità:

- strategico: relazione annuale al Collegio di Direzione su programma e risultati a livello Aziendale;
- programmatico: incontri trimestrali con il Nucleo Operativo di Gestione del Rischio che rappresenta le diverse espressioni professionali e dipartimentali in tema di progetti operativi e risultati delle attività di gestione del rischio;
- operativo_gestionale: incontri con la rete dei referenti del Rischio Clinico di singola U.O. e con i neo-assunti/inseriti per diffondere la cultura del rischio e dare evidenza annuale dei risultati raggiunti. Dalla tabella sotto indicata si possono desumere i numeri degli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi per anno organizzati dalla funzione di Risk Management.

Personale che ha partecipato ai seminari di formazione	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Totale
N° dirigenti	182	153	151	124	103	713
N° personale comparto	546	411	401	382	300	2040
TOTALE	728	564	552	506	403	2753

INCIDENT REPORTING

Nel corso del 2011-2012 sono state 1144 le segnalazioni di incident reporting.

Aree Critiche da Incident Reporting 2011-2012	
Gestione farmaco	19%
Altro evento	16%
Prestazione assistenziale	16%
Procedura terapeutica	12%
Caduta	11%
Procedura diagnostica	10%
Identificazione paziente/sede/lato	8%
Gestione apparecchiature	3%
Procedura chirurgica	2%
Gestione lista operatoria	1%
Gestione sangue	1%
Valutazione/procedura anestesiologicala	1%

RCA (Root Cause Analysis) e SEA (Significant Event Audit)

La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), assieme ai responsabili della struttura dove si è realizzato l'evento clinico maggiore e ad uno o più esperti della materia trattata.

Il Significant Event Audit (SEA) è stata utilizzata per eventi importanti, che tuttavia non assumono dignità di eventi clinici maggiori.

STRUTTURE	2011	2012	Totale
Dip. Chirurgia	2	3	5
Dip. Medicina	13	7	20
Dip. Emergenza	3	7	10

Dip. Diagn. Imm. / Lab.	2	/	2
Dip. Materno-Infantile	1	2	3
Dip. Salute Mentale	1	1	2
Attiv. Territoriali	4	3	7
Totale	26	23	49

SICUREZZA DEI SISTEMI RIS PACS

Nel corso del 2012 è stata fatta la Delibera sugli Amministratori di Sistema.

Le problematiche relative alla privacy per la condivisione delle immagini non sono state del tutto superate ma è stato deciso a livello Aziendale di “appoggiarsi” alla piattaforma “Sole” per quanto riguarda il consenso. Sono state apportate modifiche al Sistema informatico per la raccolta del consenso e firmate, da parte dei Direttori Generali delle due Aziende sanitarie provinciali, le delibere per lo scambio di immagini.

Revisionate le istruzioni operative “Gestione Worklist” e “Gestione correzione dati su PACS” (pubblicate su Doc Web a Marzo 2013). Nel corso del 2012 lavoro di analisi per la “Conservazione Sostitutiva”, presso il Polo Archivistico regionale (PARER) di Immagini e Referti Radiologici. Lavoro concluso per i Referti il cui invio è in produzione dal 15 gennaio 2013, in corso i lavori per la conservazione delle immagini.

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

E' stato introdotto l'utilizzo del braccialetto identificativo per tutti gli utenti/degenti interni dei servizi del Presidio Unico Ospedaliero.

La correttezza della documentazione sul processo di identificazione del paziente è oggetto di sistematica revisione (trimestrale) da parte dell'Azienda Sanitaria, i risultati sono inviati ai direttori di dipartimento e di U.O. per le azioni correttive conseguenti.

PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA IN CHIRURGIA

A livello Aziendale è presente una procedura Dipartimentale per la profilassi anti-tromboembolica in Chirurgia.

Nell'ambito delle valutazioni trimestrali sulla correttezza documentale viene verificata l'adesione alla procedura per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA

A livello Aziendale è presente una procedura Dipartimentale che descrive in maniera sistematica le attività relative alla profilassi antibiotica in Chirurgia.

USO APPROPRIATO E SICURO DEI FARMACI

Nell'ambito dell'Azienda Usl è stata redatta e diffusa la procedura sulla Gestione clinica del farmaco e contestualmente introdotta la Scheda Unica della Terapia (SUT). Annualmente si svolge un'iniziativa formativa dedicato al tema dell'uso appropriato e sicuro dei farmaci. Nell'ambito dei controlli della correttezza documentale viene verificata la completezza e correttezza nella compilazione della SUT. Nel corso del 2012 si è, inoltre, riattivato il gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale alla luce delle ultime indicazioni nazionali e regionali.

CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A livello Aziendale è presente una procedura che individua le parti fondamentali della cartella clinica elencando ruoli e responsabilità dei diversi professionisti.

L'azienda realizza a valenza trimestrale un audit esterno sulla qualità della documentazione sanitaria. Le cartelle cliniche vengono estratte in modo casuale dal database e vengono assegnate per la revisione ad un auditor opportunamente formato.

A livello aziendale è stato costituito ed è in opera da alcuni anni il cosiddetto NAC “Nucleo Aziendale Controlli”, composto da una rete aziendale multi professionale/multidisciplinare di 25 auditor volontari di diverse qualifiche professionali appositamente formati e addestrati, che si è preso il carico di effettuare i controlli sanitari interni (ed esterni) istituzionalmente richiesti.

Nel corso del 2012 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche si sono state valutate 1183 su 22453 pari al 5%

Dalle valutazioni medie comparative (anni 2011/2012) nei reparti più rappresentativi per alcuni indicatori qualitativi rilevati dagli auditor componenti il NAC (scala 1-4; suff.=2,5) si è evidenziato un sostanziale miglioramento complessivo per i principali criteri rilevati.

ASSISTENZA POST-OPERATORIA

Nell'ambito del Dipartimento Chirurgico è stato creato un gruppo di lavoro nell'anno 2011 per la standardizzazione dei comportamenti assistenziali nelle fasi post operatorie. Ad inizio 2012 il gruppo di lavoro ha redatto la procedura Aziendale per "l'Assistenza Post Operatoria".

AREA MATERNO INFANTILE : PROGRAMMA DI IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA SUL TAGLIO CESAREO

Nel 2012 si è provveduto ad analizzare i dati relativi ai Tagli Cesarei dei due Punti nascita, secondo la classificazione di Robson, e secondo la percentuale di Tagli Cesarei programmati e Tagli Cesarei Urgenti/Emergenti.

La percentuale Dipartimentale di T.C. Nel 2012 è risultata pari al 26 %, inferiore di circa 3 punti dalla media regionale del 29%. Si sono inoltre revisionate le procedure per i Tagli Cesarei Programmato, Urgente ed Emergente del Punto nascita del Delta a seguito della riorganizzazione dell'assistenza pediatrica che si uniforma al modello del Punto Nascita di Cento con assistenza diurna continua ed assistenza notturna e festiva in reperibilità, in vista del primo incontro nel 2013 per la produzione di una unica procedura dipartimentale.

Per il 2013 è prevista una formazione a cascata verso tutti i professionisti dei due Punti nascita del Delta e di Cento, nonché un audit clinico a fine anno sull'appropriatezza dei tagli cesarei effettuati.

AREA DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE

Sono stati individuati i referenti del rischio per ogni Servizio del Dipartimento Cure Primarie, ai quali è stato dato il mandato di organizzare all'interno del proprio Servizio la modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi.

Per quanto riguarda il Servizio di Pediatria di Comunità in seguito ad una segnalazione di evento avverso si è attivata l'RCA (Root Cause Analysis) che ha portato all'elaborazione di una procedura come azione di miglioramento.

Sono stati attivati percorsi formativi per l'inserimento dei nuovi referenti del rischio. Specificatamente in merito al Servizio di Assistenza Domiciliare sono in corso eventi formativi relativi all'elaborazione di strumenti per l'applicazione del percorso di incident reporting.

DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE INTEGRATO SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Sono stati individuati i referenti delle Unità Operative del DAI SMDP ed è stato costituito il gruppo di lavoro dipartimentale. La costituzione del gruppo ha permesso la implementazione e la diffusione dell'utilizzo della scheda di "Incident Reporting" e la relativa analisi di singola Unità Operativa.

I referenti Dipartimentali del rischio Clinico hanno partecipato a cinque RCA (Root Cause Analysis): tre relative ad eventi sentinella verificatisi all'interno del DAI SMDP ("Suicidio in SPDC", "Aggressività eterodiretta di paziente in cura", "Aggressione di operatore in SPDC") e due relative ad tentati suicidi avvenuti in degenze ospedaliere aziendali.

L'integrazione con l'area delle Dipendenze patologiche e della Neuropsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza ha portato ad una lettura condivisa della cultura della gestione del rischio clinico.

Il gruppo ha elaborato strumenti operativi specifici alla gestione del rischio nel contesto clinico della psichiatria adulti. Il gruppo si è incontrato regolarmente ed ha prodotto gli strumenti di seguito descritti:

- Procedura dipartimentale sulla prevenzione e la gestione degli atti auto ed etero aggressivi nelle degenze psichiatriche;
- Applicazione della Circolare regionale n.°16 del 2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche Presso SPDC dei DSMDP" sulle procedure ed il monitoraggio delle contenzioni in ambiente psichiatrico ed attivazione del gruppo di controllo semestrale;

- Definizione di un protocollo di intervento nella esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi condiviso con la Prefettura e Forze dell'Ordine recepito dalle Amministrazioni Comunali della Provincia di Ferrara;
- Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti a rischio di comportamenti eteroaggressivi afferenti al DAI SMDP che richiedono interventi di monitoraggio programmato.

Nell'ambito Aziendale il DAISMDP coordina il gruppo delegato alla elaborazione degli strumenti finalizzati alla riduzione del rischio suicidario in ambiente ospedaliero.

All'interno del Dipartimento il gruppo ha avviato il lavoro necessario per declinare nei diversi contesti psichiatrici la procedura aziendale sulla "Gestione dei casi di allontanamento" dei pazienti dai luoghi di degenza e la gestione in sicurezza dei pazienti degenti.

Nell'ambito della collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'ordine il DAISMDP sta organizzando eventi formativi rivolti agli operatori delle Forze dell'Ordine per la gestione in sicurezza degli eventi eteroaggressivi.

SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

L'azienda ha aderito al progetto nazionale/regionale SOS_Net formando un gruppo di professionisti a livello aziendale per l'introduzione della check list per la sicurezza in Sala Operatoria.

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della *checklist* nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un *database* dedicato.

La check list, introdotta in forma sperimentale nel 2011, nel corso del 2012 è stata adottata da tutte le discipline chirurgiche.

Trimestralmente sono inviati dal centro di coordinamento i risultati del monitoraggio della check list alle U.O. aderenti al progetto che sono oggetto di incontro/approfondimento.

AREA RISCHIO INFETTIVO

- SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dagli operatori del Nucleo Operativo Infezioni in Sanitarie nell'anno 2012 sono state le seguenti:

- PROGETTO SICHER (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): è stata completata la formazione per tutta l'area chirurgica e ginecologica dell'Azienda. Anche le Unità Operative di Ortopedia e Ginecologia, hanno iniziato la raccolta dati.

- PROGETTO ALERT ORGANISM e INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE: si è concordato con la sezione di microbiologia del Laboratorio Unico Provinciale, con sede a Cona, la lista dei microrganismi "Alert". È stato implementato un sistema informatizzato ed automatico per la loro notifica.; ogni isolamento oggetto di "Alert" viene notificato automaticamente via mail agli operatori del Nucleo addetto alle infezioni. Ad ogni microrganismo notificato gli operatori del Nucleo attuano la relativa indagine. Le indagini si estendono non solo a livello Ospedaliero ma anche alle strutture territoriali e ai MMG dei pazienti in assistenza domiciliare.

- LEGIONELLA: si è mantenuta costante la collaborazione con il Servizio Tecnico per il monitoraggio del microrganismo negli impianti dell'Azienda. Nei casi previsti dalle direttive regionali, sono stati inviati ai reparti interessati gli alert sanitari ed effettuate le relative bonifiche impiantistiche

- PROCEDURE: sono state elaborate, in ossequio alle disposizioni regionali, le procedure di "Gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi", "Igiene delle mani".

- RIDEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE: con delibera 348 del 07/12/2012, la Direzione Aziendale ha ridefinito l'assetto operativo per la lotta alle infezioni sanitarie. Il nuovo nucleo operativo, dispone di tre unità dedicate a tempo pieno alla tematica delle infezioni sanitarie sia ospedaliere che territoriali. Tale nucleo operativo è coordinato da un medico specialista.