

Relazione annuale (art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24) sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento

PREMESSA

"La sicurezza dei pazienti è una componente strutturale dei LEA e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità" (*Ministero Salute*)

Garantire la sicurezza delle cure, prevenire e ridurre il rischio all'interno di una organizzazione Sanitaria è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale che pone al centro i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità

Il rischio clinico può essere definito come la possibilità che un paziente sia vittima di un *evento avverso*, cioè subisca un qualsiasi danno/disagio, *imputabile*, anche se in modo involontario, *alle cure mediche prestate durante il ricovero*. Come conseguenza di ciò, il paziente potrebbe subire un *prolungamento della degenza*, un *peggioramento delle condizioni di salute*, un *danno irreversibile* o, addirittura, *morire*.

Il sistema di gestione del rischio clinico è volto sia alla prevenzione degli errori evitabili (attività di prevenzione) che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi (attività di protezione), nella ricerca di un costante miglioramento della qualità. Requisito fondamentale per una corretta gestione del rischio clinico è la **promozione della cultura dell'imparare dall'errore, volta a superare la cultura del senso di colpa**. Garantire la **sicurezza dei pazienti** è un **dovere** dei professionisti, che a tal fine devono utilizzare tutti gli **strumenti disponibili** per comprendere le **cause di un evento avverso** e mettere in atto i comportamenti/azioni di miglioramento necessari per **evitarne la ripetizione**.

Le organizzazioni sanitarie dispongono di un insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Occorre precisare che gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure non sono solo quelli che causano un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) o le situazioni di pericolo (i cosiddetti "*quasi eventi*"/*near miss*: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

La recente Legge 24/2017, all'articolo 2 comma 5, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che detta relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

CONTESTO DI RIFERIMENTO (dati riportati nella sezione Amministrazione trasparente)

Il territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro si estende per circa 128 kmq e comprende l'intera città metropolitana di Napoli e l'isola di Capri, con i due Comuni di Capri ed Anacapri. La popolazione assistita per l'anno 2018 è pari a 977.843 unità (Comune di Napoli, Capri e Anacapri, detenuti nelle Case circondariali di Poggioreale e di Secondigliano). L'assistenza sanitaria territoriale, che costituisce il primo livello di interazione del cittadino con il Servizio Sanitario Nazionale viene assicurata da 10 Distretti Sanitari di Base, che coincidono con le municipalità della città di Napoli e dell'Isola di Capri

- Distretti 24 -73- Chiaia, Posillipo, S. Ferdinando, Isola di Capri
- Distretto 25 - Bagnoli, Fuorigrotta
- Distretto 26 - Pianura, Soccavo
- Distretto 27 - Arenella Vomero
- Distretto 28 - Chiaiano, Piscinola, Marianella, Scampia
- Distretto 29 - Colli Aminei, San Carlo all'Arena, Stella
- Distretto 30 - Miano, Secondigliano, S. Pietro a Patierno
- Distretto 31 - Avvocata, Montecalvario, Pendino, Mercato, San Giuseppe Porto
- Distretto 32 - Barra, S. Giovanni, Ponticelli, Insedimento 167
- Distretto 33 - Vicaria, S. Lorenzo, Poggioreale

Nella tabella sottostante è rappresentata la popolazione suddivisa per distretto di residenza, sesso e fascia di età.

ASL NAPOLI 1 CENTRO
SOCI COOP E SERVIZI INFORMATIVI

DATI ANAGRAFICI ASSISTITI
POPOLAZIONE PER FASCE D'ETÀ, SESSO e CSE
Anno 2018
L.04/01/2018

17/12/2018

giorno 01-01-2018

Numero Scelte	Fascia da 0 a 4 anni	Fascia da 5 a 9 anni	Fascia da 10 a 14	Fascia da 15 a 19	Fascia da 20 a 24	Fascia da 25 a 29	Fascia da 30 a 34	Fascia da 35 a 39	Fascia da 40 a 44	Fascia da 45 a 49	Fascia da 50 a 54	Fascia da 55 a 59	Fascia da 60 a 64	Fascia da 65 a 69	Fascia da 70 a 74	Fascia da 75 a 79	Fascia da 80 e 84	Fascia da 85 anni	Totale complessivo
Distretto 24	3.367	4.253	4.732	4.473	4.842	4.315	4.473	5.105	6.785	7.763	8.293	7.327	6.404	5.018	5.426	4.609	3.484	3.974	55.737
Donne	1.638	2.095	2.339	2.137	2.375	2.404	2.342	2.708	3.595	4.150	4.490	3.942	3.429	2.698	3.026	2.642	2.052	2.612	51.108
Uomo	1.729	2.157	2.399	2.336	2.479	2.414	2.131	2.397	3.190	3.613	3.803	3.442	2.975	2.420	2.400	1.967	1.892	1.362	44.629
Distretto 25	3.823	4.012	4.276	4.592	4.832	5.176	4.816	4.990	4.711	6.959	7.517	6.976	6.124	5.922	5.335	4.237	3.237	3.287	52.270
Donne	1.611	1.940	2.047	2.258	2.349	2.579	2.484	2.605	3.425	3.648	4.059	3.728	3.273	3.224	2.931	2.214	2.095	2.273	48.969
Uomo	2.212	2.072	2.229	2.330	2.483	2.597	2.332	2.385	1.286	3.311	3.458	3.248	2.851	2.700	2.404	2.023	1.142	1.014	43.301
Distretto 26	4.701	5.499	5.481	5.539	6.142	6.852	6.844	7.023	7.479	7.943	7.759	7.557	7.208	6.297	4.960	3.369	2.291	2.104	104.511
Donne	2.320	2.666	2.668	2.679	3.007	3.432	3.430	3.603	3.759	3.769	4.064	4.119	3.759	3.207	2.599	1.888	1.364	1.425	59.817
Uomo	2.381	2.832	2.790	2.930	3.135	3.420	3.414	3.420	3.696	4.174	3.694	3.438	3.449	3.090	2.361	1.481	907	679	50.694
Distretto 27	3.484	4.731	4.938	5.146	5.425	5.263	4.890	5.474	7.226	8.325	9.274	8.209	7.701	7.506	6.895	5.363	4.527	5.705	110.934
Donne	1.686	2.352	2.460	2.461	2.614	2.615	2.606	2.937	3.911	4.599	5.105	4.944	4.329	4.193	3.964	3.475	2.881	3.970	60.792
Uomo	1.798	2.379	2.528	2.685	2.841	2.648	2.284	2.537	3.315	3.726	4.169	3.265	3.372	3.312	2.931	2.408	1.706	1.735	50.142
Distretto 28	3.834	4.998	5.015	5.454	5.854	6.090	5.437	5.393	6.205	6.730	6.859	6.172	5.318	4.501	3.716	2.696	2.023	1.718	87.642
Donne	1.837	2.081	2.430	2.634	2.873	2.969	2.696	2.757	3.124	3.526	3.530	3.325	2.944	2.368	1.993	1.379	1.239	1.248	45.082
Uomo	1.997	2.917	2.585	2.820	3.011	3.121	2.741	2.636	3.081	3.204	3.329	2.847	2.474	2.133	1.723	1.317	775	470	42.560
Distretto 29	4.141	5.052	5.592	5.429	5.704	5.697	5.638	6.158	7.791	8.330	8.108	6.813	5.797	5.423	5.205	4.096	3.178	3.313	101.228
Donne	1.804	2.405	2.690	2.619	2.739	2.833	2.858	3.195	3.923	4.274	4.191	3.618	3.060	2.952	2.978	2.426	1.968	2.299	59.112
Uomo	2.337	2.647	2.902	2.810	2.965	2.864	2.743	2.963	3.868	4.056	3.917	3.195	2.737	2.471	2.227	1.670	1.208	1.014	48.116
Distretto 30	4.044	4.559	4.971	5.229	5.525	5.978	5.715	5.505	6.110	6.414	6.841	5.894	5.268	4.493	3.828	2.718	2.049	1.760	86.425
Donne	1.975	2.172	2.429	2.528	2.746	3.007	2.714	2.854	3.087	3.303	3.426	3.120	2.692	2.305	2.048	1.592	1.280	1.192	46.541
Uomo	2.069	2.387	2.542	2.703	2.779	2.971	2.801	2.651	3.023	3.111	3.415	2.774	2.576	2.188	1.780	1.126	768	568	41.884
Distretto 31	3.799	4.261	4.459	4.746	5.177	5.403	5.497	5.990	6.859	7.267	7.287	6.540	5.727	5.178	4.578	3.363	2.559	2.887	91.258
Donne	1.875	2.119	2.177	2.330	2.604	2.676	2.802	3.052	3.523	3.740	3.821	3.598	3.049	2.763	2.516	1.975	1.579	2.025	48.182
Uomo	1.924	2.142	2.282	2.416	2.573	2.727	2.695	2.944	3.336	3.527	3.466	3.004	2.678	2.412	2.042	1.388	980	862	43.076
Distretto 32	5.378	6.619	6.509	7.129	7.635	7.896	6.993	7.209	7.300	7.825	8.212	7.597	6.882	6.017	5.053	3.975	2.594	2.445	113.330
Donne	2.724	3.203	3.179	3.429	3.695	3.700	3.529	3.706	3.874	4.020	4.296	4.083	3.595	3.029	2.726	2.090	1.560	1.603	58.256
Uomo	2.654	3.416	3.330	3.700	3.940	4.196	3.464	3.503	3.426	3.795	4.016	3.514	3.287	2.988	2.327	1.485	994	787	55.074
Distretto 33	4.294	4.527	4.664	4.990	5.467	6.130	5.695	6.086	6.995	7.191	7.266	6.484	5.889	5.321	4.708	3.421	2.450	2.572	94.130
Donne	2.123	2.138	2.369	2.462	2.575	2.995	2.838	3.042	3.505	3.698	3.799	3.440	3.138	2.815	2.591	2.044	1.523	1.657	48.890
Uomo	2.171	2.389	2.295	2.528	2.892	3.135	2.857	3.044	3.490	3.493	3.467	3.044	2.751	2.506	2.117	1.377	927	715	45.240
Totale complessivo	40.540	47.917	50.467	52.833	56.669	59.133	55.798	58.946	69.484	74.207	77.254	69.718	62.600	56.416	49.704	37.887	28.447	29.745	877.543

La tabella descrive la Popolazione "Assistita" ASL Napoli 1 Centro divisa per fasce di età e sesso. Si precisa che per "Assistiti" si intende il soggetto che abbia effettuato presso l'ASL la scelta del medico di base o del pediatra e, pertanto, iscritto nell'anagrafe assistiti. (Fonte: Anagrafe Assistiti).

Le strutture sanitarie pubbliche e accreditate gestite direttamente o in accreditamento dalla ASL Napoli 1 Centro e censite nel 2018 nella banca dati del Ministero della Salute risultano pari a 426 di cui 127 pubbliche e 299 accreditate. L'analisi fa riferimento a n° 340 strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate, 25 per l'assistenza territoriale residenziale, 9 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 52 per l'altra assistenza territoriale. Le strutture di ricovero pubbliche e accreditate così come si evince dalla tabella 2 la cui rilevazione è prevista attraverso i modelli HSP sono pari a 24 (i dati sono comprensivi del PSI Napoli Est – Barra e delle strutture equiparate Ospedale Fatebenefratelli e Fondazione Evangelica Betania)

Tabella 2 . Strutture sanitarie pubbliche e accreditate gestite direttamente o in accreditamento dalla ASL Napoli 1 Centro

Assistenza	Pubbliche	%	Private accreditate	%	TOTALE
Assistenza Ospedaliera	11*	46	13	54	24
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	53**	16	287	84	340
Assistenza Territoriale Residenziale	22	88	3	12	25
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	9	100	0	0	9
Altra Assistenza Territoriale	43	83	9	17	52
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	0	0	24	100	24

*Il dato comprende il PSI Napoli Est – Barra e le strutture equiparate (Ospedale Fatebenefratelli e Fondazione Evangelica Betania)

**il dato comprende anche i PP.SS.PP. C.so Vittorio Emanuele / Loreto Crispi / Elena D'Aosta

Gli istituti o Centri di riabilitazione ex art 26 L. 833/78, i cui dati di struttura e di attività sono rilevati con il modello RIA.11, sono pari a 24 strutture. La tabella allegata mostra la distribuzione delle strutture per tipologia di assistenza erogata (ospedaliera, specialistica ambulatoriale, territoriale residenziale, territoriale semiresidenziale, altra assistenza territoriale e riabilitativa ex. art. 26) e per natura (pubblica e privata accreditata).

La specialistica ambulatoriale si riferisce alle attività di assistenza specialistica (clinica, laboratorio, diagnostica strumentale e per immagini) erogate da Ambulatori e Laboratori. L'altra assistenza territoriale si riferisce alle attività di assistenza di tipo territoriale erogate da Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di Salute mentale, Consultori materno-infantile e Centri distrettuali.

Per quanto riguarda la natura delle strutture, sono in maggioranza accreditate le strutture che erogano assistenza ospedaliera (54 %), specialistica ambulatoriale (84%) e assistenza riabilitativa ex art. 26 (100%). Sono in maggioranza pubbliche le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (88%), semiresidenziale (100%) e "altra assistenza territoriale" (83%).

L'assistenza ospedaliera viene garantita dai Presidi Ospedalieri di cui uno insulare e un Presidio Sanitario Intermedio. Gli Stabilimenti Ospedalieri sono concentrati in due presidi Napoli Est e Napoli Ovest, inoltre, l'Ospedale del Mare ha attivato il 30 giugno 2018 la funzione di ricovero.

La dotazione aziendale assegnata è costituita da 1.164 posti letto, ad essi si aggiungono 331 PL degli ospedali classificati e 1.115 del privato accreditato

- Presidio Ospedaliero Ospedale del Mare –individuato nel Piano Ospedaliero della Regione Campania come D.E.A. Il livello (al momento è attivo come D.E.A. di I livello);
- Presidio Ospedaliero San Paolo –D.E.A. di I livello;
- Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco - D.E.A. I livello - con annessi Stabilimento Ospedaliero Ascalesi (fino a tutto giugno 2018) e Stabilimento Presidio Sanitario Intermedio di Barra;
- Presidio Ospedaliero Pellegrini D.E.A I livello - con annesso Stabilimento Ospedaliero degli Incurabili (chiuso al 06 aprile 2019)
- Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto Nuovo – D.E.A I livello con annesso Stabilimento Ospedaliero Capilupi di Capri

Nelle tabelle 3 e 4 vengono rappresentate la distribuzione dei posti letto per discipline di ricovero pubbliche ed equiparate e delle strutture di ricovero accreditate

Tabella 3. Distribuzione dei PI, anno 2018, per discipline di ricovero pubbliche ed equiparate

ASL NAPOLI 1 CENTRO
UOC CUP E FLUSSO INFORMATIVI

POSTI LETTO * DISCIPLINA STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED EQUIPARATE
ANNO 2018
(dati in progress)

CODICE DISCIPLINA	DESCRIZIONE	OSPEDALE FATEBENEFRAELLI				FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA				PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI EST				PRESIDIO OSPEDALIERO NAPOLI OVEST				OSPEDALE DEL MARE				TOTALE COMPLESSIVO				TOTALE * DISCIPLINA	
		Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Pagamento rito		
02	DAY HOSPITAL									4	0	0	0													4	
06	CARDIOLOGIA	2	0	12	2					0	1	20	2	1	0	18	0	2	0	18	0	5	1	65	4	75	
09	CHIRURGIA GENERALE	0	4	18	1	0	3	27	0	0	6	26	2	2	4	26	2	0	4	32	3	2	21	191	8	222	
12	CHIRURGIA PLASTICA													0	1	2	0									3	
14	CHIRURGIA VASCOLARE									0	1	12	0	1	2	5	0	0	3	13	1	1	6	33	1	41	
18	EMATOLOGIA									18	0	20	0													38	
19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE																	0	0	5	0	0	0	5	0	5	
21	GERIATRIA	0	0	6	0																					6	
26	MEDICINA GENERALE	1	0	13	1	3	0	27	0	4	0	51	0	3	0	68	0	0	0	42	0	17	0	207	1	225	
29	NEFROLOGIA													6	1	6	0	0	0	8	0	6	1	14	0	21	
30	NEUROCHIRURGIA									0	2	41	0								0	0	16	1	27	1	60
31	NEUROLOGIA	0	0	8	0									0	0	19	0									27	
32	NEUROLOGIA									0	0	18	0	2	0	26	0	2	0	13	0	4	0	27	0	61	
34	OCULISTICA					0	5	15	0	0	5	0	0	0	9	10	0	0	10	5	0	0	27	30	0	37	
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA													0	2	0	0									2	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	2	26	1	0	2	8	0	0	3	31	1	0	8	38	0	0	3	11	1	0	18	114	3	139	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	4	23	5	0	3	35	0	2	11	41	2	1	8	16	0									151	
38	OTORINOLARINGOIATRIA													1	1	7	0	0	3	13	1	1	4	20	1	26	
39	PEDIATRIA	3	0	1	0									2	0	15	0									21	
40	PSICHIATRIA									0	0	10	0								0	0	8	0	0	18	18
43	UROLOGIA	0	0	8	0									2	1	18	0	0	2	18	1	2	3	44	1	50	
48	TERAPIA INTENSIVA	0	0	4	0	0	0	2	0	1	1	16	0	0	0	19	0	0	0	8	0	1	1	49	0	51	
50	UNITA' CORONARICA	0	0	4	0					0	0	14	0	0	0	6	0	0	0	10	0	0	0	34	0	34	
51	ASTANTERIA									0	0	8	0	0	0	6	0									14	
53	GASTROENTEROLOGIA													1	0	0	0	0	0	10	0	1	0	10	0	11	
62	NEONATOLOGIA	0	0	8	0	2	0	8	0	0	0	22	0	0	0	22	0									62	
64	ONCOLOGIA	2	0	8	0					10	0	0	0								10	0	10	0	25	0	43
69	RADIOLOGIA													0	1	0	0									1	
73	TERAPIA INTENSIVA	0	0	6	0	0	0	10	0																	16	
98	DAY SURGERY									0	6	0	0	0	6	0	0									12	
Totale complessivo		11	10	150	10	5	13	132	0	39	34	362	7	28	44	391	2	14	26	340	8	97	136	1245	27	1485	
		181				150				442				435				387									

La tabella mostra la distribuzione dei posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, distinti per degenza ordinaria, day hospital, day surgery e degenza a pagamento

Tabella 4. Distribuzione dei PI, anno 2018, delle strutture di ricovero accreditate

ASL NAPOLI 1 CENTRO
UOC CUP E FLUSSI INFORMATIVI

STRUTTURE DI RICOVERO ACCREDITATE
POSTI LETTO PER DISCIPLINA
ANNO 2018
(Dati in progress)

STRUTTURE DI RICOVERO	DISCIPLINA ACCREDITATA	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital (accreditata)	PL Day surgery (accreditata)
12	CHIRURGIA PLASTICA		4	0
14	CHIRURGIA VASCOLARE		3	0
25	MEDICINA DEL LAVORO		1	0
26	MEDICINA GENERALE		13	2
29	NEFROLOGIA		2	0
34	OCULISTICA		1	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		8	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		27	0
43	UROLOGIA		5	0
49	TERAPIA INTENSIVA		11	0
50	UNITA' CORONARICA		12	0
150099 - CLINICA SANTA PATRIZIA			90	0
09	CHIRURGIA GENERALE		30	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		15	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		30	0
38	OTORINOLARINGOIATRIA		15	0
150104 - CASA DI CURA VILLA CINZIA			66	8
09	CHIRURGIA GENERALE		36	2
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		10	4
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		20	2
150106 - CLINICA PINETA GRANDE S.p.A.			54	0
09	CHIRURGIA GENERALE		26	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		28	0
150109 - CLINICA SANATRIX SPA			96	0
08	CARDIOLOGIA		10	0
09	CHIRURGIA GENERALE		27	0
14	CHIRURGIA VASCOLARE		10	0
26	MEDICINA GENERALE		20	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		10	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		15	0
38	OTORINOLARINGOIATRIA		4	0
Totale complessivo			1.115	41
				23

Descrizione degli eventi avversi segnalati negli ultimi 5 anni
(art.2 comma 5 legge 8 marzo 2017 n. 24)

Anno	Near miss	Eventi Avversi esito minore		Eventi Sentinella	
		N.	Tipo Evento	N.	Tipo Evento
2014				2	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
				2	Caduta
				1	Aggressione Operatore
2015				3	Caduta
				2	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
2016				12	Caduta
				1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente
2017	1	3	Caduta	1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente
2018	2	1	Eventi legati ai dispositivi medici	3	Caduta
		11	Aggressione Operatore	3	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
		10	Caduta	1	Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
				2	Aggressione Operatore (di cui un evento multiplo- che ha interessato più operatori)
TOT.	3	25		33	

L'analisi degli eventi registrati nella nostra Azienda ha evidenziato quanto di seguito riportato:

Cause e fattori predisponenti

- ✓ Cause e fattori ambientali (strutturali, logistica)
- ✓ Cause e fattori legati alla comunicazione (problemi di comunicazione medico-paziente, problemi di comunicazione fra operatori)
- ✓ Cause e fattori legati alle tecnologie sanitarie, linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure (insufficiente adesione alle procedure adottate dall'Azienda)
- ✓ Cause e fattori umani (organizzazione del lavoro -turni, stress-, conoscenze/competenze, formazione/addestramento)

Azioni attuate a seguito di eventi avversi

- ✓ Attivazione di SEA (Significant Event Audit) per tutti gli eventi di gravità maggiore,
- ✓ Predisposizione di piano di miglioramento
- ✓ Attivazione del Protocollo Ministeriale con la trasmissione della Scheda A e B ai competenti uffici regionali
- ✓ Comunicazione degli eventi di gravità maggiore al Ministero attraverso il flusso SIMES Eventi Sentinella
- ✓ Implementazione dell'attività di formazione e della diffusione delle procedure aziendali

Descrizione della sinistrosità e dei risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni art.4 comma3 legge 8 marzo 2017 n. 24 (dati forniti dalla UOC Affari Giuridico-Legali e Contenzioso)

ANNO	N° SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2014	19	€ 875.600,00
2015	12	€ 373.149,37
2016	7	€ 325.334,68
2017	33	€ 3.317.055,62
2018	46	€ 5.638.561,12
Tot.	117	€ 10.529.700,79

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art.10 comma 4 della legge 8 marzo 2017 n. 24, si precisa che la ASL Napoli 1Centro non ha al momento una polizza per responsabilità civile, si avvale di analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e pertanto gestisce in proprio le richieste risarcitorie per responsabilità civile.

Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico

La ASL Napoli I Centro, in ottemperanza a quanto sancito da norme e circolari in materia, nel recepire quanto disposto dalla programmazione nazionale e regionale, ha attivato all'interno della Direzione Aziendale la funzione per la gestione del rischio clinico con l'istituzione di un Team e l'individuazione di un Referente per i rapporti con la Regione (Delibera n° 127 del 7/02/07)

Con successiva Delibera Aziendale n° 574 del 22/03/2013 la suddetta funzione di gestione per il rischio clinico è stata attribuita alla UOC Controllo Qualità „sono state apportate modifiche e integrazioni al team ed è stato adottato specifico Modello Organizzativo per la gestione del rischio clinico articolato in un livello centrale (costituito da un team multidisciplinare definito “Team per la gestione del rischio clinico “ che si avvale di competenze professionali tali da garantire un approccio sistemico ed una visione olistica della gestione del rischio) ed un livello periferico(costituito dalla rete di referenti di struttura per il rischio clinico e facilitatori) sviluppando una rete di interazione fra le strutture centrali ed i presidi ospedalieri e territoriali, in una ottica di sinergia operativa tra i ruoli manageriali e quelli più propriamente clinico-assistenziali.

E' stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri (delibera aziendale n° 574 del 22/03/2013 modificato ed integrato con successiva delibera n. n°501 del 15/03/2018)

E' stata istituita una rete di facilitatori nei presidi ospedalieri della ASL (delibera aziendale n. 01074 del 19.12.2017)

A far data dal 2008 l'Azienda ha individuato gli obiettivi generali e specifici per la gestione del rischio clinico pianificando le relative azioni per il raggiungimento degli stessi .

Obiettivi Generali:

- ✓ Promuovere la cultura della sicurezza per il paziente e per gli operatori
- ✓ Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure prestate
- ✓ Introdurre cambiamenti nella pratica clinica
- ✓ Ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevedibili
- ✓ Contenere i costi

Obiettivi Specifici:

- ✓ Sviluppo di un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori
- ✓ Identificazione, segnalazione, monitoraggio ed analisi degli eventi avversi
- ✓ Introduzione e sperimentazione di metodologie e strumenti, già validati a livello internazionale, per l'individuazione, analisi e valutazione dei rischi
- ✓ Promozione di una comunicazione efficace tra i diversi stakeholders
- ✓ Diffusione e sviluppo dell'Audit clinico come metodologia e strumento per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure
- ✓ Diffusione e sviluppo di Raccomandazioni, Linee guida, Manuali e procedure per la prevenzione di eventi avversi
- ✓ Valorizzazione delle competenze professionali
- ✓ Promozione e sviluppo di modelli organizzativi e gestionali in grado di modificare in senso positivo le attività clinico-assistenziali(corretta gestione della cartella clinica, consenso informato, scheda unica di terapia, procedure)

- ✓ Potenziamento dei flussi informativi (incident reporting, applicazione check list sala operatoria, schede valutazione rischio caduta) attraverso un processo di informatizzazione

Attività poste in essere ed implementate in ASL Napoli 1 Centro

- **Adozione e diffusione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente attraverso le seguenti azioni:**
 - ✚ *costituzione gruppi di lavoro ad hoc per la redazione di procedure aziendali finalizzate alla contestualizzazione delle Raccomandazioni Ministeriali*
 - ✚ *diffusione delle procedure aziendali per l'implementazione delle seguenti Raccomandazioni :*

1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	Procedura Aziendale PGKCL-Rev.0/2017
2	Prevenzione di ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Procedura Aziendale PGSO Rev.0/2009 (Delibera aziendale di adozione n. 288/2014)
3	Corretta identificazione del paziente/sito chirurgico /procedura	Procedura Aziendale PGSO Rev.0/2009 (Delibera aziendale di adozione n. 288/2014)
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura Aziendale PGSTS-Rev.0/2015
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Procedure Aziendali PG SIMT 1-2-3-(Rev.0 2009)- Rev.2 / 2016 (Delibera aziendale di adozione n. 288/2014)
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura Aziendale PGMM-Rev.0/2017
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura Aziendale PGGF-Rev.0/2017
8	Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura Aziendale PO UOC Prevenzione e Protezione N.1-Rev.0/2014
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura Aziendale PG1-SPB PG2-Col-SPB Rev.0/2015
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	<u>Attivato gruppo di lavoro per la elaborazione di procedura aziendale</u>
11	Prevenzione di morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura Aziendale PGTS Rev.0/2012 Rev.1/2017

		(Delibera aziendale di adozione n. 288/2014)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look alike/sound alike”	Procedura Aziendale PGLASA-Rev.0/2017
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura Aziendale PG GC Rev.0/2012 (Delibera aziendale di adozione n. 288/2014 PG GC Rev.1/2018 Nuova Delibera n. 01130/2018 per recepimento piano regionale cadute e revisione procedura esistente
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	<u>Attivato gruppo di lavoro per la elaborazione di procedura aziendale</u>
15	Prevenzione morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso	PG Triage Rev.0/2018 Delibera aziendale di adozione n. 2096/2018
16	Prevenzione morte o disabilità permanente nel neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura Aziendale PGMDN-Rev.0/2017
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura Aziendale PGRRF-Rev.0/2017
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	stesura procedura aziendale entro settembre 2019

✚ *del manuale di sala operatoria ed adozione della check list ministeriale* (Delibera aziendale n. 1096 del 13/06/2012)

- Adozione Linee guida aziendali per la corretta compilazione della cartella clinica (Delibera n.286 del 13/02/2014)
- Adozione procedura aziendale per l’acquisizione del consenso informato (Delibera n.287 del 13/02/2014)
- Monitoraggio dell’applicazione delle procedure aziendali per la sicurezza del paziente in sala operatoria e applicazione check list (report annuale)
- Partecipazione al Monitoraggio Regionale per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali
- Partecipazione al monitoraggio annuale AGENAS per implementazione racc. ministeriali e buone pratiche
- Partecipazione all’iniziativa AgeNaS Call for Good Practices con la procedura per l’implementazione della Raccomandazione n.5
- Alimentazione flusso informativo SIMES per Eventi Sentinella e Sinistri
- Analisi Sinistrosità aziendale con attivazione di azioni di miglioramento(attivazione gruppi di miglioramento per le UUOO di Ortopedia, di Ginecologia e ostetricia , di Pronto Soccorso

- Partecipazione progetto pilota dell'ISS per la Sorveglianza Mortalità Materna e progetto monitoraggio Near Miss Ostetrici (individuazione della rete aziendale dei Referenti nelle strutture pubbliche e private del territorio di competenza, attivazione SEA per i casi di mortalità materna ,supporto per la formazione a cascata nelle strutture).
- Monitoraggio violenza su operatore nelle strutture sanitarie(partecipazione monitoraggio regionale, attivazione di specifico tavolo di lavoro per l'analisi di criticità e proposte di miglioramento)
- Progettazione e attuazione di eventi formativi per diffondere la cultura della sicurezza delle cure e fornire agli operatori sanitari conoscenze e strumenti atti a migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti

La formazione è stata incentrata su tematiche connesse alla gestione del rischio clinico: Incident Reporting- raccomandazioni ministeriali- sicurezza in sala operatoria- modalità di comunicazione tra operatori e operatori-pazienti - responsabilità professionale e aspetti medico legali- qualità della documentazione sanitaria- corretta acquisizione del consenso informato- addestramento all'utilizzo di metodiche proprie della gestione del rischio.

Resoconto delle attività messe in campo anni 2017- 2018

Gli adempimenti LEA nell'ambito della sicurezza delle cure

1)Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali;

a) Attività di redazione, verifica e diffusione di documenti aziendali finalizzati all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

- ✓ Attivazione gruppi di lavoro multidisciplinari
- ✓ Stesura, verifica e diffusione di procedure riferite alle raccomandazioni per la prevenzione di errori in terapia farmacologica:Racc.n.1-Racc.n.7-Racc.n.12-Racc.n.17
- ✓ Predisposizione di strumenti operativi: scheda unica di terapia(SUT)e modulistica per farmacia e UUOO ospedaliera
- ✓ Stesura, verifica e diffusione di procedure riferite alle raccomandazioni per la prevenzione della mortalità materna Racc.n.6 e del neonato sano con peso >2500gr Racc.n.16
- ✓ Stesura, verifica e diffusione di procedura riferita alla raccomandazione per la prevenzione di morte o grave danno per non corretta attribuzione del codice triage in centrale operativa 118 e/o in P.S. Delibera aziendale n. 2096/2018
- ✓ Recepimento Piano regionale cadute e predisposizione attività divulgativa attraverso formazione e informazione degli operatori. Revisione procedura esistente ed adozione con Delibera n. 01130/ 2018
- ✓ Elaborazione e diffusione di procedura aziendale per la segnalazione, analisi, monitoraggio, comunicazione degli eventi sentinella(PG – ES Rev. 0 del 05/2017)
- ✓ Attivazione gruppo di lavoro per la contestualizzazione delle raccomandazioni n.10 e 14 e stesura relative procedure aziendali

- ✓ Affiancamento alle strutture aziendali per la stesura di procedure/documenti organizzativi per la gestione dei processi clinici-assistenziali critici

b) Attività di monitoraggio

- ✓ Verifica del numero di raccomandazioni implementate presso ogni struttura aziendale attraverso l'applicazione delle procedure aziendali riferite alle raccomandazioni ministeriali
- ✓ Alimentazione e aggiornamento del flusso AgeNaS
- ✓ Partecipazione alle attività di monitoraggio regionale per la verifica degli adempimenti LEA attraverso questionario standardizzato

c) Attivazione tavolo aziendale permanente per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno di operatori. Obiettivi assegnati al gruppo di lavoro:

- ✓ realizzare azioni di monitoraggio, valutazione, analisi e proposta di misure di miglioramento
- ✓ determinare una valutazione del fabbisogno formativo del personale coinvolto
- ✓ condurre indagini ad hoc presso il personale coinvolto in episodi di aggressione e audit con il Referente Aziendale Rischio Clinico
- ✓ individuare strategie di miglioramento dell'informazione/comunicazione con i cittadini
- ✓ implementare l'attività segnalazione degli eventi attraverso la piattaforma informatizzata aziendale Talete web

2)) Monitoraggio applicazione manuale per la sicurezza in sala operatoria e adozione della Check list in Sala operatoria

- ✓ Controllo cartelle cliniche delle UUOO chirurgiche per la verifica del numero di UO chirurgiche che applicano la checklist sul totale delle UO chirurgiche
- ✓ Individuazione di criticità e proposta di azioni di intervento
- ✓ Verifica dell'efficacia delle azioni di intervento

3) Prevenzione delle cadute

- ✓ Revisione procedura aziendale per la prevenzione delle cadute e adozione con delibera aziendale n. 01130 del 30/05/2018
- ✓ Attivazione corsi formazione per gli operatori sanitari (2 edizioni 2017 e 3 edizioni 2018)
- ✓ Monitoraggio adozione nuove schede valutazione fattori estrinseci e intrinseci per la prevenzione cadute in tutte le UU.OO dei presidi ospedalieri

4) Monitoraggio degli eventi sentinella

- ✓ Segnalazione evento avverso

- ✓ Valutazione livello di gravità
- ✓ Compilazione scheda A del protocollo ministeriale ed invio ai competenti uffici regionali
- ✓ Attivazione audit con gli operatori coinvolti nella struttura in cui l'evento è occorso
- ✓ Analisi approfondita dei fattori contribuenti e delle cause secondo i criteri del protocollo ministeriale
- ✓ Predisposizione piano di miglioramento con individuazione di azioni coerenti con i fattori contribuenti individuati
- ✓ Condivisione piano di miglioramento con tutti gli operatori interessati
- ✓ Compilazione scheda B del protocollo ministeriale ed invio ai competenti uffici regionali

5) Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

- ✓ Rilevazione bisogno formativo
- ✓ Definizione obiettivi formativi
- ✓ Scelta dei contenuti e delle modalità didattiche ritenute più idonee al raggiungimento degli obiettivi nel contesto aziendale
- ✓ Stesura del progetto formativo
- ✓ Attivazione corsi di formazione
- ✓ Preparazione supporti didattici –presentazione in PPT

Corsi attivati

a) “La responsabilità professionale e la sicurezza delle cure Luci e (pen)ombre sulla Legge Gelli”

Obiettivo dell'evento formativo: informare gli esercenti le professioni sanitarie sulle innovazioni in campo penale, civile e assicurativo introdotte dalla legge Gelli –

L'evento si è svolto in data 12 giugno 2017 ed hanno partecipato 100 operatori

b) “Giornata di presentazione al “gruppo Master” del Software Talete Web per la informatizzazione delle attività proprie della gestione rischio clinico e qualità con particolare attenzione alla segnalazione volontaria di near miss ed eventi avversi.”

Obiettivo dell'evento formativo: Informare ed addestrare i Referenti presidiali rischio clinico ed i Direttori Medici di presidio all'utilizzo del software Talete Web.

L'evento formativo si è svolto in data 11 ottobre 2017 ed hanno partecipato 15 operatori.

c) “Addestramento dei Referenti del Rischio Clinico Presidiali e dei Gruppi di Lavoro Presidiali all'utilizzo del software Talete Web”

Obiettivo dell'evento formativo: Addestramento sulle funzionalità generali del software “TaleteWeb© Sanità” sui casi d'uso principali dell'applicazione informatica Gestione Rischio Clinico. L'evento formativo si è svolto per 4 edizioni nelle date del 18-19-20-21 Dicembre 2017(operatori formati 60/60)

d) Upgrade dei Referenti del Rischio Clinico Presidiali e dei Gruppi di Lavoro Presidiali

Obiettivo: Addestramento alla gestione informatizzata della check list di sala operatoria, della check list di controllo delle cartelle cliniche, della gestione della documentazione

Target Individuato: Referenti Rischio clinico Presidiali e componenti gruppi di lavoro presidiali

L'evento formativo si è svolto in 6 edizioni 6-7-8-9- Marzo 2018 e 17 e 18 settembre 2018(operatori formati 71/75)

e)“ La sicurezza del paziente . Prevenire e gestire la caduta nelle strutture sanitarie” 2017

Obiettivo evento formativo: permettere il riconoscimento degli elementi di rischio relativi al fenomeno delle cadute in ambiente assistenziale, con particolare attenzione all'aspetto della prevenzione e della gestione.

L'evento si è svolto in due edizioni 06 e 07/12/2017 .

Target individuato: facilitatori e referenti del rischio clinico dei PPOO aziendali (operatori formati 57/80)

f)“ La sicurezza del paziente . Prevenire e gestire la caduta nelle strutture sanitarie” 2018

Obiettivo evento formativo: permettere il riconoscimento degli elementi di rischio relativi al fenomeno delle cadute in ambiente assistenziale, con particolare attenzione all'aspetto della prevenzione e della gestione.

L'evento si è svolto in tre edizioni 11 Ottobre -8 Novembre -11 Dicembre 2018.

Target individuato: 100 operatori delle professioni sanitarie afferenti alle strutture Presidiali e Distrettuali (Dirigenti Medici- Infermieri- Spec. Ambulatoriali- Tecnici di Radiologia- Ostetriche –Dirigenti Biologi – Coordinatori Infermieri- Coordinatori Tecnici Radiologia – Coordinatori Tecnici Laboratorio) (operatori formati 86/100)

g)“ Gruppo di miglioramento: la sicurezza delle cure negli adempimenti per la verifica dei LEA”.

Obiettivi : Condivisione di un linguaggio comune per l'applicazione dei percorsi aziendali nella gestione del rischio clinico; Individuazione delle fasi critiche del processo gestione del rischio clinico e possibili azioni correttive; Miglioramento della comunicazione tra operatori e operatori e pazienti; Riduzione dei danni al paziente a causa di errori o di processi inadeguati

Target individuato: Direttore Medico di Presidio Ospedaliero , Referente Rischio Clinico Presidio Ospedaliero , Responsabili UU.OO Presidiali e Servizi , Coordinatori Infermieristici delle UU.OO Presidiali e Tecnici (formati 73/100)

Tipologia di Formazione : Confronto tra pari in regime di formazione obbligatoria con crediti ECM . L'evento formativo è stato strutturato in 3 incontri di 2 ore cadauno per una durata totale di 6 ore e per 5 edizioni :

Edizione	Mese	Date	Orario	Presidi Ospedalieri
I	Marzo	1	14.00 – 16.00	Loreto Mare – Capilupi
	Aprile	5	14.00 - 16.00	
	Maggio	3	14.00 – 16.00	
II	Marzo	8	14.00 – 16.00	San Giovanni Bosco –PSI Napoli EST
	Aprile	12	14.00 - 16.00	
	Maggio	10	14.00 – 16.00	
III	Marzo	15	14.00 – 16.00	
	Aprile	19	14.00 - 16.00	

	Maggio	17	14.00 – 16.00	Dei Pellegrini -Incurabili
IV	Maggio	24	14.00 – 16.00	San Paolo – Ascalesi
	Giugno	14	14.00 - 16.00	
	Giugno	28	14.00 – 16.00	
V	Settembre	6	14.00 – 16.00	Ospedale del Mare
	Settembre	20	14.00 -16.00	
	Ottobre	4	14.00 – 16.00	

Partecipazione Progetto pilota Istituto Superiore Sanità del “ Programma per la Sorveglianza Mortalità Materna e Near Miss Ostetrici”

- ✓ Organizzazione rete referenti ginecologi individuati nelle strutture pubbliche e private della ASLNapoli1Centro
- ✓ Partecipazione agli eventi formativi periodici attivati dall’ISS presso la sede regionale
- ✓ Attivazione audit in caso di morte materna con tutti gli operatori coinvolti
- ✓ Compilazione modello M1 e altra modulistica predisposto dall’ISS
- ✓ Verifica della completezza della documentazione sanitaria
- ✓ Trasmissione di tutta la documentazione secondo le modalità previste dal programma di sorveglianza.

Collaborazione istituzionale per le attività regionali in tema di Risk Management:

- ✓ Partecipazione alle attività del tavolo tecnico per analisi eventi sentinella e piani di miglioramento (Decreto Dirigenziale n.13 del 15/03/2017)
- ✓ Partecipazione alle attività del tavolo tecnico per redazione piano prevenzione cadute e monitoraggio applicazione
- ✓ Partecipazione alle attività del Comitato Regionale Percorso Nascita (DCA n. 4 del 01/02/2017)

Comitato Valutazione Sinistri Aziendale per lo studio dei sinistri

La Direzione strategica, a seguito di riorganizzazione aziendale e scelta di non sottoscrivere una polizza per responsabilità civile, ma di avvalersi di analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi gestendo in proprio le richieste risarcitorie per responsabilità civile, ha

- ✓ adottato nuovo regolamento del CVS e procedura per la gestione e definizione delle richieste di risarcimento danni (delibera aziendale n.501 del 15/03/2018)
- ✓ nominato i componenti del nuovo Comitato Valutazione Sinistri (delibera 1018 del 17 .5.2018)

Programma aziendale per la gestione rischio clinico anno 2019

Consolidare e potenziare il sistema per la gestione del rischio clinico attraverso le azioni di:

- ✓ Promozione e sviluppo di un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori
- ✓ Potenziamento dei flussi informativi attivati, rendendoli strutturati e sistematizzati
- ✓ Promozione e realizzazione di programmi di formazione sulla sicurezza del paziente, con particolare riferimento ai sistemi di rilevamento e di analisi degli eventi avversi.

Tab. di Pianificazione anno 2019

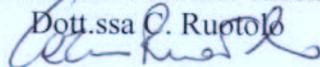
Area di interesse	Obiettivo	Azioni	Indicatore	Responsabilità	Tempi di realizzazione
Adempimenti LEA	Implementazione Raccomandazioni ministeriali	Stesura e approvazione procedure aziendali riferite alle racc. 10 e 14	Delibera aziendale di adozione procedure aziendali	Gruppo di lavoro istituito ad hoc per la stesura Referente aziendale rischio clinico per la verifica e predisposizione di delibera	entro giugno 2019
		Revisione procedure aziendali per la prevenzione degli errori da farmaci anche in adesione alla raccomandazione n.18 di recente pubblicazione	Procedure revisionate	Gruppo di lavoro Ad hoc Referente Aziendale rischio clinico e Gruppo operativo afferente alla UOC Qualità	entro settembre 2019
	Monitoraggio Applicazione procedure aziendali per l'implementazione delle Racc. ministeriali e applicazione check list di sala operatoria	Predisposizione di strumenti per la verifica	Griglie da fornire alle UUOO per il monitoraggio in autovalutazione	Gruppo operativo afferente alla UOC Qualità e Referente Aziendale rischio clinico	entro maggio 2019
		Pianificazione delle verifiche sul campo	Piano delle verifiche predisposto e comunicato alle strutture	Gruppo operativo afferente alla UOC Qualità	entro maggio 2019
	Monitoraggio degli Eventi Sentinella	Revisione procedura aziendale per la segnalazione, gestione, comunicazione degli eventi avversi	Procedura revisionata	Referente aziendale rischio clinico e gruppo operativo afferente alla UOC Qualità	entro luglio 2019

		Monitoraggio piani di miglioramento proposti a seguito di eventi sentinella occorsi nell'anno 2018	n. azioni realizzate/n. azioni proposte per singolo piano di miglioramento	Referente aziendale Rischio Clinico e gruppo operativo afferente alla UOC Qualità	entro giugno 2019
Comunicazione	Promozione e diffusione della cultura della sicurezza per il paziente e per gli operatori	Progettazione e attivazione corsi di formazione in tema di sicurezza del paziente e gestione rischio clinico	n. corsi progettati e attivati/n. totale dei corsi attivati in azienda	Referente aziendale rischio clinico UOC Qualità Referenti e facilitatori dei presidi ospedalieri	entro dicembre 2019
	Miglioramento comunicazione interna	Aggiornamento della sezione intranet dedicata alla gestione rischio clinico	Tempo di pubblicazione dei documenti di interesse (min.4gg-max 30 gg.)	Operatore individuato nel gruppo operativo rischio clinico	in corso
Miglioramento della qualità assistenziale e della sicurezza del paziente	Migliorare la qualità della documentazione Clinica	Controllo cartelle cliniche e utilizzo della check list di controllo	n. di cartelle controllate/n.tot. di cartelle valore atteso almeno 10%	Referenti e facilitatori dei presidi ospedalieri	entro dicembre 2019
	favorire la raccolta delle informazioni di interesse per la sicurezza	Integrare e armonizzare i diversi flussi informativi aziendali (incident reporting, sinistri, reclami, emovigilanza farmacovigilanza, sorveglianza infezioni ospedaliere)	Istituzione gruppo di lavoro con i Referenti aziendali responsabili dei singoli flussi	Direzione Aziendale	entro settembre 2019

La presente relazione è pubblicata sul sito internet aziendale nella sezione amministrazione trasparente ed in intranet nella sezione dedicata alla gestione rischio clinico.

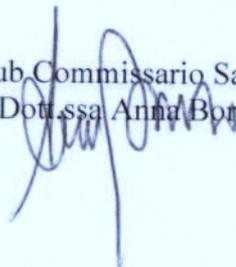
La Referente Aziendale Rischio Clinico

Dott.ssa C. Ruotolo



Il Sub Commissario Sanitario

Dott.ssa Anna Bottrelli



Il Commissario Straordinario

Ing. Ciro Verdoliva

