



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.P.G.R.T. n. 177 del 16/12/2016)

N° 280 del 21-11-2017

Oggetto: Modifica Delibera n. 161 del 12/07/2016: sostituzione e nomina componenti Gruppo di lavoro per la gestione del rischio clinico e del Comitato per la sicurezza del paziente e approvazione Piano annuale Risk Management 2017.		
Struttura Proponente	Direzione Aziendale	
Proposta n.	Responsabile procedimento	Umberto Domenichini
	Estensore	Cecilia Carabillo <i>Cecilia Carabillo</i>

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Eseguibile a norma di Legge dal 21 NOV. 2017

Pubblicato a norma di Legge il 21 NOV. 2017

Inviato al Collegio Sindacale il 21 NOV. 2017

IL DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, con sede in Via Cosimo Il Vecchio 2 – 50139 Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 177 del 16.12.2016;

Visto il D. Lgs.vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la LRT 4 febbraio 2008, n. 3 recante “Istituzione e organizzazione dell’Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica”, come modificata dalla LRT n. 32 del 19/06/2012, in forza della quale ISPO è Ente del SSR, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile;

Vista la delibera del Direttore Generale n° 292 del 24/12/2015 con la quale è stato approvato il nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento di ISPO;

Richiamati

la DCRT n. 30 del 01.02.2000,
la DGRT n. 302 del 21.2.2005,
la DGRT n. 225 del 3.4.2006,
il Decreto n. 6604 del 22.11.2005,
la DGRT n. 704 del 08.10.2007,
la DGRT n. 101 del 16.02.2009,
la DGRT n. 1234 del 27.12.2011

Richiamata altresì la deliberazione del Consiglio Regionale n. 109 del 4.10.2006 con la quale sono stati integrati i requisiti per l’accreditamento definiti con DCRT 30/2000 con ulteriori requisiti relativi al rischio clinico;

Dato atto che:

- con Delibera del Direttore Generale ISPO n. 90 del 28/06/2012, sono stati nominati il gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico e il comitato aziendale per la sicurezza del paziente, con funzioni consultive e di indirizzo, emanazione dell’organismo di governo clinico aziendale;
- con Delibera n. 95 del 09/09/2013 sono stati nominati il Manager del Rischio Clinico e il Patient Safety Manager di ISPO;
- con Delibera del Direttore Generale ISPO n. 161 del 12/07/2016, sono stati sostituiti e nominati i componenti del gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico e il comitato aziendale per la sicurezza del paziente, con funzioni consultive e di indirizzo, emanazione dell’organismo di governo clinico aziendale;

Considerato che alcuni componenti del comitato aziendale per la sicurezza del paziente sono venuti meno per collocamento a riposo, trasferimento ecc. e che pertanto devono essere sostituiti;

Vista la necessità di incrementare il gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico con ulteriori specifiche professionalità;

Preso atto della richiesta avanzata dal Clinical Risk Manager, dr. Paolo Nardini, al fine di fornire alla SC Laboratorio Prevenzione Oncologica di ISPO di una altra figura di facilitatore, e avendo individuato nella figura del tecnico di laboratorio Sig.ra Armelle Munnia, in possesso di attestato di partecipazione allo specifico corso di formazione;

Ritenuto altresì necessario procedere alla nomina del Dr. Umberto Domenichini quale referente aziendale per la gestione del sistema integrato Si-GRC (portale ufficiale del Rischio Clinico) per le pratiche gestione sinistri;

Ritenuto di dover, per i motivi sopra esposti, integrare e modificare i nominativi presenti negli allegati n. 1 e n. 2 della Delibera n. n. 90 del 28/06/2012;

Ricordato che:

- nella composizione del gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico e del comitato aziendale per la sicurezza del paziente di ISPO non figurano alcune delle professionalità previste dalla DGR n. 1387 del 27.12.04 in quanto, per la specificità della propria mission (LRT 140/2012), ISPO se ne avvale solo in forma occasionale;
- per la gestione dei sinistri il comitato si avvale del competente settore della Azienda Sanitaria di Firenze in virtù del service amministrativo stabilito con Delibera n. 33 del 11.02.2015, fino a nuovo atto;

Ricordato ancora che gli incarichi relativi al gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico e al comitato aziendale per la sicurezza del paziente sono effettuati a titolo gratuito, non danno diritto a compensi aggiuntivi e pertanto non comportano oneri a carico di Ispo;

Ritenuto altresì , alla luce delle importanti novità legislative, di approvare il Piano annuale di Risk Management (all. A) con la scheda ambulatoriale di presidio (All. B);

Ravvisata la necessità di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi della normativa vigente, al fine di procedere nel più breve tempo possibile alla sostituzione e nomina dei nuovi componenti del gruppo di lavoro e del comitato aziendale, per ottemperare alle disposizioni della Regione Toscana;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza (ai sensi del D. Lgs. 502/92 e ss.mm. e ii.)

D E L I B E R A

Per quanto esposto in narrativa:

1. di costituire il **gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico** coordinato dal Manager del rischio clinico, composto così come indicato nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente delibera;
2. di costituire il **comitato aziendale per la sicurezza del paziente** con funzioni consultive e di indirizzo, emanazione dell'organismo di governo clinico aziendale, coordinato dal Manager del rischio clinico, composto così come indicato nell'allegato 2, parte integrante e sostanziale della presente delibera;

3. **di nominare**, la Sig.ra Munnia Armelle quale figura di facilitatore per la qualità e sicurezza delle cure rispettivamente per la SC Laboratorio Prevenzione Oncologico, in possesso dell'attestato di partecipazione allo specifico corso di formazione ;
4. **di nominare** il dr. Umberto Domenichini quale referente aziendale per la gestione del sistema integrato Si-GRC (portale ufficiale del Rischio Clinico) per le pratiche gestione sinistri;
5. **di stabilire** che le percentuali di lavoro relative ad ogni componente del gruppo rischio clinico vengono così distribuite: Clinical Risk Manager 30%, Patient Safety Manager 10%; facilitatori 5%;
6. **di dare atto** che gli incarichi di cui ai precedenti punti sono effettuati a titolo gratuito, non danno diritto a compensi aggiuntivi e pertanto non comportano oneri a carico di Ispo;
7. **di approvare** il Piano Annuale di Risk Management 2017, parte integrante allegato alla presente (All. A);
8. **di dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo ai sensi della normativa vigente in materia;
9. **di partecipare** la presente delibera agli interessati;
10. **di trasmettere** il presente atto all'albo di pubblicità degli atti di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica e al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42 comma 2, della Legge Regionale Toscana n. 40 del 24.08.2005.



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Riccardo Poli)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Fabrizio Carraro)



IL DIRETTORE GENERALE
(Prof. Gianni Amunni)

Strutture aziendali da partecipare :

- Risorse Umane e Affari Generali ISPO
- Responsabili Strutture Semplici e Responsabili Strutture Complesse ISPO
- P.O. ISPO
- Nominativi presenti negli allegati 1 e 2
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

Allegato n. 1

Membri e Attività gruppo di lavoro GRC (composto dai facilitatori)	
Data di costituzione	___/___/_____
Membri	Area disciplinare
Nome e Cognome	
Dr. Paolo Nardini	Dermatologia, Dirigente Medico - Clinical Risk Manager
Dott.ssa Antonella Cipriani	Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione, P.O - Patient Safety Manager
Sig.ra Munnia Armelle	Coordinamento Tecnico Sanitario, Tecnico Sanitario Radiologia Medica
Sig.ra Marina Starnotti	Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione, Collaboratore professionale Infermiere
Dr.ssa Simonetta Bisanzì	S.C. Citologia Analitica e Biomolecolare, Biologo
Sig. Enzo Maggi	Coordinamento Tecnico Sanitario, Tecnico Sanitario Radiologia Medica
Dr.ssa Daniela Ambrogetti	S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Dirigente Medico
Dr. Beniamino Brancato	S.C. Senologia Clinica, Direttore
Dr.ssa Grazia Grazzini	S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Dirigente Medico
Dr.ssa Anna Iossa	S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Dirigente Medico
Sig.ra Claudia Simonetto	Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione, Collaboratore professionale Infermiere
Dr.ssa Beatrice Mallardi	Dirigente Medico, Screening e Prevenzione Secondaria

Allegato n. 2

Membri e Attività comitato aziendale per la sicurezza del paziente	
Data di costituzione	___/___/_____
Membri Nome e Cognome	Area disciplinare
Dott. Umberto Domenichini	S.C. Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca, Settore Affari Generali, P.O.
Dr.ssa Paola Mantellini	S.C. Screening e Prevenzione Secondaria, Direttore F.F.
Dr. Beniamino Brancato	S.C. Senologia Clinica, Direttore
Dott.ssa Francesca Carozzi	S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica, Direttore F.F.
Ing. Gianluca Verdolini	Servizio Prevenzione e Protezione
Dr. Paolo Nardini	Dirigente Medico Dermatologo - Clinical Risk Manager
Dott.ssa Antonella Cipriani	Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione, P.O - Patient Safety Manager
Dott.ssa Eva Carnesciali	Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Maria - Grazie Mancosa SS. CERIONI



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



**PIANO ANNUALE
DI
RISK MANAGMENT
2017**
A cura di:
Paolo Nardini Antonella Cipriani

1. PREMESSA

		pag.	3
1.1.	Contesto organizzativo	pag.	4
1.2.	Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio	pag.	4
1.3.	Resoconto delle attività delle attività precedenti	pag.	5

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

pag. 6

3. OBIETTIVI

pag. 6

4. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Pag. 8

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

8

6. ALLEGATI

pag. 9

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

1. PREMESSA

In data 11/01/2017 il Senato della Repubblica ha approvato il disegno di legge s. 2224 cosiddetto "decreto Gelli" che è stato pubblicato in GU in data 17 marzo 2017. Fra le importanti novità introdotte, si segnala l'opportuno emendamento della lettera a) comma 539 della Legge 28 dicembre 2015, n 208 che, nella nuova versione, stabilisce che «i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari». Questo non significa, è il caso di ribadirlo, deresponsabilizzare l'attività degli operatori sanitari, ma sottolineare l'assunto che le attività di RM sono proiettate alla ricerca e alla correzione dei fattori contribuenti a un evento avverso, e non alla ricerca di un colpevole. Ricordiamo che l'obiettivo delle attività di RM non può essere "quello di impedire ai medici incompetenti di danneggiare e talvolta uccidere i loro pazienti, ma di ridurre al minimo gli errori dei medici bravi". (Atul Gawande, 1999)

1.1 Contesto organizzativo

L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) istituito con Legge Regionale Toscana n. 3 del 04.02.2008, modificata dalla Legge Regionale n. 32 del 19.06.2012, svolge la propria funzione nell'ambito della prevenzione oncologica primaria e secondaria sul territorio regionale e nazionale.

Le attività sanitarie si svolgono presso:

ISPO Villa delle Rose Via Cosimo il Vecchio n. 2 - 50139 Firenze:

-S.C. Prevenzione Secondaria Screening (Ambulatori Screening Mammella, Cervice Uterina, Colon-Retto, Dermatologia per Prevenzione del Melanoma)

S.S. CRR Prevenzione Oncologia
S.S. Mammografia di Screening

-S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica

S.S. Laboratorio HPV e Oncologia Molecolare
S.S. Citologia extra screening

-S.S. Centro Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On. ISPO/LILT)

ISPO c/o Polo Materno-Infantile AOU Careggi Padiglione 7 (all'interno dell'AOU Careggi Viale della Maternità) Largo G.A. Brambilla 3 - 50134 Firenze:

-S.C. Senologia

1.2. Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo anno

Nell'ultimo anno non sono stati registrati Eventi Sentinella, Eventi Avversi o Sinistri con risarcimento.

Sono stati altresì condotti 14 audit clinici e 19 M&M che hanno coinvolto in modo diretto e/o trasversale le varie strutture. Le informazioni relative a tali attività sono state regolarmente inserite nel portale del Rischio Clinico della Regione Toscana (Si-GRC).

1.3. Resoconto delle attività anno 2016

OBIETTIVO 1 -Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	SI	Nel corso del 2016 è stato effettuato un evento formativo, accreditato ECM rivolto ai facilitatori del rischio clinico "Riunioni di aggiornamento per la gestione del rischio clinico" (4 incontri). E' stato inoltre effettuato un corso accreditato ECM "Igiene delle mani" (4 edizioni) rivolto a tutto il personale sanitario.

OBIETTIVO 2 -Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "corretta identificazione dei pazienti".	SI	Adottata con procedura aziendale GP003 revisione 2 del 14/11/2016
Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "check list di sala operatoria"	SI	Adottata con procedura aziendale PP005 revisione 2 del 14/11/2016
Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "gestione del dolore"	SI	Adottata con procedura aziendale IP004 del 20/06/2016
Attività 4	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione della buona pratica della Regione Toscana sulla "prevenzione degli errori in terapia con farmaci look-alike/sound-alike"	SI	Adottata con procedura aziendale GP009 del 20/06/2016 Eseguito monitoraggio della corretta applicazione della procedura aziendale (divisione per codice colore in carrello e armadio farmaci, verifica delle scadenze dei farmaci con esito regolare) a cura del CRM 10/10/2016
Attività 5	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione della buona pratica della Regione Toscana sulla "prevenzione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".	SI	Adottata con procedura aziendale GP008 del n20/06/2016 Realizzazione Scheda Ambulatoriale di Presidio (SAP) a cura di Rischio Clinico Aziendale e Servizio di Prevenzione e Protezione (vedi allegato) Nomina del referente aziendale per le cadute Del DG 12 luglio 2016
Attività 6	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "gestione aziendale dei casi di eventi sentinella"	SI	Adottata con procedura aziendale GP001 revisione 2 del 11/07/2016 Monitoraggio a seguito inserimento dati nel portale Si-GRC
Attività 7	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "comunicazione degli eventi avversi"	SI	Adottata con procedura aziendale GP006 revisione 2 del 25/07/2016 Monitoraggio a seguito inserimento dati nel portale Si-GRC
Attività 8	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "igiene delle mani"	SI	Adottata con procedura aziendale IP014 revisione 2 del 17/08/2016 Effettuato un corso accreditato ECM "Igiene delle mani" (4 edizioni) rivolto a tutto il personale sanitario.
Attività 9	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della buona pratica della Regione Toscana sulla "segnalazione e gestione degli eventi avversi senza danno"	SI	Adottata con procedura aziendale GP002 edizione 2 del 14/11/2016 Monitoraggio a seguito inserimento dati nel portale Si-GRC

OBIETTIVO 3 -Partecipare alle attività regionali in tema di risk management		
Attività 10	Realizzata	Stato di attuazione
Incontri Regionali	SI	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali con i CRM delle altre Aziende e al Gruppo Regionale per la Gestione del Rischio Clinico

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- a) Quella del Clinical Risk Manager (CRM) e del Patient Safety Manager (PSM) che redigono il PARM e ne monitorizzano l'implementazione;
- b) Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Matrice delle responsabilità per il PARM 2017:	CRM / PSM	Direttore Generale	Direttore Sanitario aziendale	Direttore Amministrativo aziendale
Azione				
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

R= responsabile

C= coinvolto

I= interessato

3. OBIETTIVI

Il PARM del 2017 intende proseguire e rafforzare le azioni avviate nel corso del 2016 e, come sempre, si basa su questi presupposti:

- Approccio sistemico della sicurezza delle cure;
- Visione dell'errore come opportunità di apprendimento;
- Diffusione della cultura della "non colpevolezza" dell'operatore (che non significa deresponsabilizzazione);
- Miglioramento continuo.

Il Clinical Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione Sanitaria Aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

Tutte le strutture dell'Istituto, per quanto di competenza, collaborano con il Clinical Risk Manager

per la riuscita degli interventi proposti nel PARM 2017.

Gli obiettivi strategici su cui progettare le attività del PARM 2017, sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
3. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

OBIETTIVO 1:

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	
INDICATORE	Esecuzione di almeno un evento formativo rivolto al personale sanitario dell'Istituto entro il 31/12/2017
STANDARD	SI
FONTE	Staff Direzione Sanitaria / Rischio Clinico
ATTIVITÀ 2 Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	
INDICATORE	Esecuzione di almeno un evento formativo rivolto ai "facilitatori" dell'Istituto entro il 31/12/2017
STANDARD	SI
FONTE	Staff Direzione Sanitaria / Rischio Clinico
ATTIVITÀ 3 Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla responsabilità professionale in sanità "Legge Gelli - Bianco".	
INDICATORE	Esecuzione di almeno un evento formativo rivolto ai Direttori di Struttura / Posizioni Organizzative e Coordinatori / Facilitatori dell'Istituto entro il 31/12/2017
STANDARD	SI
FONTE	Staff Direzione Sanitaria / Rischio Clinico

OBIETTIVO 2

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

ATTIVITÀ 1 Elaborazione del Piano aziendale per la prevenzione della caduta del paziente sulla base del documento di indirizzo regionale e contestuale revisione della procedura aziendale per la "prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"	
INDICATORE	Diffusione della buona pratica a tutto il personale sanitario dell'Istituto attraverso specifico evento formativo
STANDARD	SI
FONTE	Staff Direzione Sanitaria / Rischio Clinico

OBIETTIVO 3

Partecipare alle attività regionali in tema di risk management

ATTIVITÀ 1 Partecipare alle attività regionali in tema di risk management	
INDICATORE	Numero di sedute del Tavolo di coordinamento convocate/Numero di presenze (al netto delle assenze giustificate)
STANDARD	75 %
FONTE	Area regionale competente sul Rischio Clinico (GRC Toscana)

4. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il Parm verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

- a. pubblicazione sito di Istituto nella sezione Internet
- b. invio alla Direzione tramite mail
- c. invio a tutti i dipendenti tramite mail

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Legge 28 dicembre 2015 n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"

6. ALLEGATI

Scheda ambulatoriale di presidio

Firenze 23/03/17

Il CRM Paolo Nardini

Il PSM Antonella Cipriani

Valutazione strutturale del Presidio di Villa delle Rose in tema di prevenzione delle cadute in ospedale (area territoriale)

Premessa

Al fine di ridurre i rischi per i gli utenti che afferiscono al Presidio di Villa delle Rose di ISPO, il Servizio Prevenzione e Protezione insieme al Rischio Clinico hanno effettuato un sopralluogo presso la suddetta struttura per una valutazione relativa alla Sicurezza Ambientale e dei Presidi, come definita nella Campagna per la Sicurezza del Paziente "La prevenzione delle cadute in ospedale" promossa dalla Regione Toscana.

Introduzione

Il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Agenzia Regionale di Sanità, ha progettato e condotto una ricerca applicata finalizzata alla messa a punto di strumenti per la prevenzione delle cadute dei pazienti. Le cadute sono tra gli eventi avversi più frequenti, sia considerando i dati della letteratura scientifica di riferimento che le richieste di risarcimento a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Partendo da alcune importanti esperienze e ricerche condotte in alcune strutture ospedaliere italiane e toscane, nel 2007 la Regione Toscana promuove, nell'ambito delle iniziative condotte dal Centro regionale Rischio Clinico, la "Campagna per la prevenzione delle cadute in ospedale". La campagna ha avuto inizio con la costituzione di un gruppo di coordinamento regionale e di un gruppo di lavoro (GLR) coordinato dal Centro Gestione Rischio Clinico di cui hanno fatto parte i *Clinical Risk Manager* (o loro delegati) di alcune aziende USL che già avevano avviato progetti di studio o di prevenzione delle cadute ed esperti della materia (referenti HPH e progetto *Nursing ARS*). Vi hanno, inoltre, preso parte alcuni operatori dei Servizi di Prevenzione e Protezione, ai quali il progetto prevedeva di affidare la valutazione dei rischi ambientali e dei rischi correlati ai presidi e ausili utilizzati per l'assistenza dei pazienti ricoverati.

L'obiettivo generale è stato il ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati, gli obiettivi specifici sono stati:

- la responsabilizzazione di operatori e pazienti nella prevenzione delle cadute;
- la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione e analisi delle cadute;
- la buona gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per attenuare l'eventuale contenzioso.

A conclusione dello studio e a completamento delle azioni di programma previste dalla campagna per la sicurezza del paziente, è stata redatta e diffusa una specifica buona pratica rivolta alle aziende sanitarie, che include raccomandazioni per la prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti anziani ricoverati.

Per la stesura della presente relazione, è stata visitata la struttura nei mesi di dicembre 2016, ed è stata compilata la “checklist sicurezza ambiente e presidi”, contenuta nel quaderno “*La prevenzione delle cadute in ospedale*”, a cura del GLR, pubblicato dalla Regione Toscana e distribuito alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Per i casi di non conformità, sono stati indicati gli interventi da intraprendere per l’adeguamento, riportati nel piano di miglioramento.

1. Strutture considerate

S.C. Prevenzione Secondaria Screening afferiscono:

1. S.S. Mammografia Screening;
2. S.S. CRR Prevenzione Oncologia;
3. l’attività di Dermatologia;
4. l’attività di screening cervico-vaginale;
5. l’attività di screening colo rettale;
6. l’attività di endoscopia gastro-intestinale.

S.S. Centro Riabilitazione Oncologica

1. Attività di visite, controlli di Riabilitazione Oncologica;
2. visite urgenti a soggetti operati di patologia oncologica;
3. visita angiologia ed ecocolor doppler arti;
4. colloqui psiconcologici;
5. consulenza pietistica;
6. visita fisiatrica;
7. visita oncologica testa-collo;
8. visita logopedia;
9. attività fisioterapica individuale e di gruppo;
10. attività psico-fisio-sociale (danza egiziana, attività motoria adattata, musico-terapia, arte-terapia, feldenkrais, scrittura creativa, yoga, gruppo incontro, rilassamento mindfulness, e rilassamento on going).

2. Sopralluoghi

Per il Presidio preso in esame, si considerano le varie sezioni in cui è suddivisa la checklist.

Il sopralluogo è stato effettuato mediante verifica visiva della struttura e colloquio con il personale.

Tale edificio è concesso all'ISPO dalla Life Cronos in locazione.

L'accesso ad ISPO è libero (Fig. 1) e dotato di rampa per disabili.



- Fig. 1: Accesso libero alla struttura e, sulla destra, rampa per disabili -

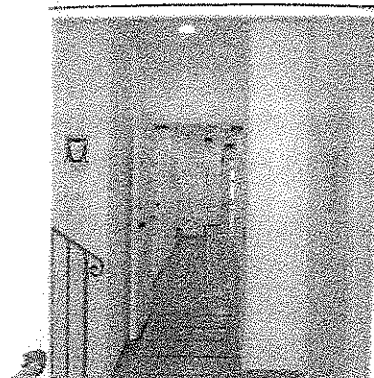
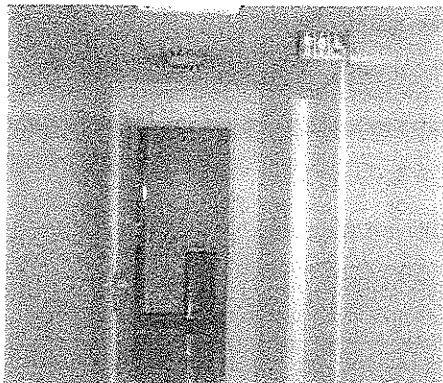
Sezione 1

Per pavimenti della struttura e le scale dell'edificio, non si segnalano criticità.

Per quanto riguarda i corridoi della struttura di Endoscopia, Stereotassi e Dermochirurgia non si riscontrano ingombri che riducono sensibilmente la larghezza degli stessi (Figg. 2-4) almeno nelle zone nelle quali accedono i pazienti; si riscontra invece l'assenza del corrimano (Fig 4-5-7); la mancanza del corrimano potrebbe rappresentare una criticità apprezzabile vista la tipologia di pazienti che accede alla struttura. Si segnala inoltre un'ampia apertura delle porte ambulatoriali nel corridoio centrale (Fig. 8-9).



- Figg. 2-3: Corridoi interni all'attività di endoscopia gastro-intestinale -



- Figg. 4-5: Corridoio e assenza del corrimano nel corridoio al piano terra -



- Figg. 6-7: Montascale e accesso alla palestra nel corridoio al piano terra -



- Figg. 8-9: Accesso palestra corridoio al piano terra -

Sezione 2

Le sedie delle stanze (Figg. 10-11) non presentano particolari problemi: non sono dotate di braccioli ma, questo non costituisce una criticità.

Non si rilevano criticità neanche per l'unica sedia a rotelle presente. Essa è dotata di poggiatesta funzionanti, braccioli fissi, ruote e freni efficienti. Per l'anno 2016 era stato previsto l'acquisto di una di una seconda sedia a rotelle, ma gli utenti diversamente abili pervenuti presso la nostra struttura, avevano già la loro dotazione personale. Pertanto si ritiene che una sedia a rotelle sia già sufficiente per garantire un'esigenza temporanea.

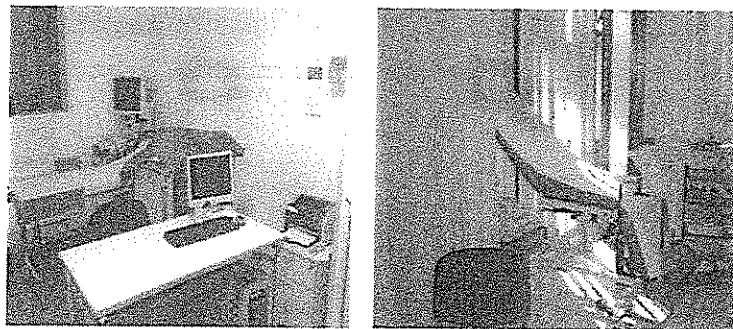
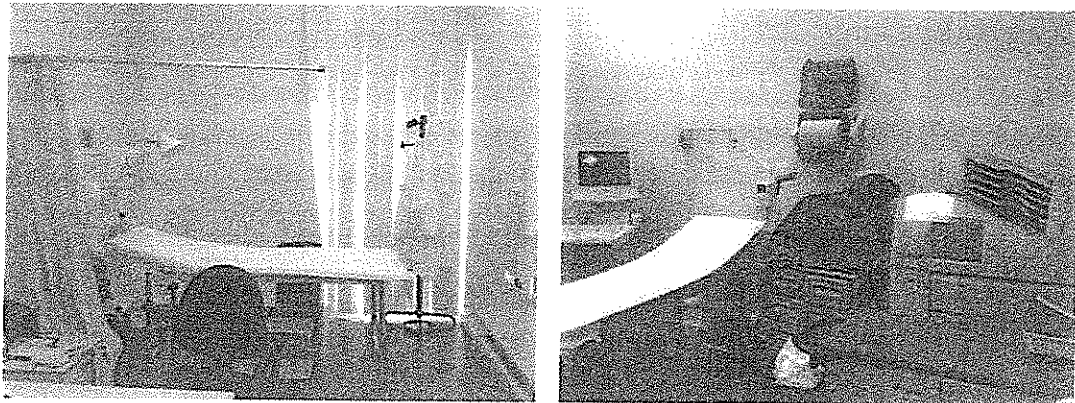


- Figg. 10-12: Sedie presenti e sedia a rotelle -

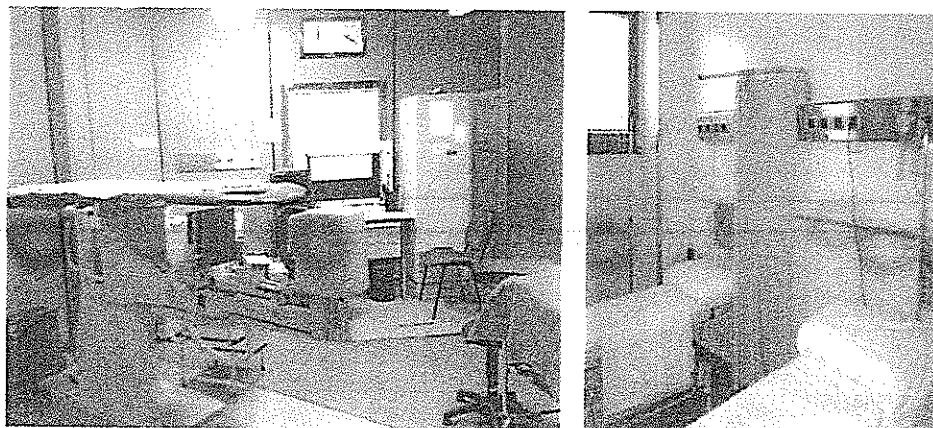
Sezione 3

Le stanze dove accedono i pazienti sono stanze ambulatoriali e le stanze destinate all'endoscopia gastro-intestinale; non sono presenti camere vere e proprie, letti per degenza e comodini. Parte della sezione 3 è stata ritenuta non applicabile e quindi non è stata compilata.

Per quanto riguarda i letti trattasi solo di lettini da visita per ambulatorio, stereotassi e barelle (Figg. 13-21).

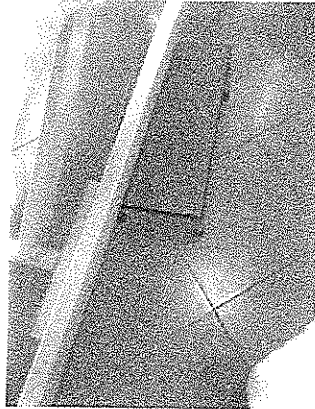


- Figg. 13-19: lettini per ambulatorio e barelle -



- Figg. 20-21: stereotassi (con gradino rimovibile) e barelle -

Sono presenti gradini rimovibili in quanto ritenuti necessari, ma su di essi non si segnalano criticità (Fig. 22).



- Fig. 22: gradino rimovibile -

Le aste per flebo (Figg. 23-24), tutte con base a cinque piedi, regolabili in altezza, sono presenti in endoscopia gastro-intestinale ed alcune sono integrate nelle barelle.



- Figg. 23-24: Asta per flebo a cinque piedi e integrata nella barella -

Sono presenti infine dei servizi igienici per il paziente distribuiti nel presidio.



- Figg. 25-26: Servizi igienici -

Per quanto riguarda i bagni si segnalano:

- assenza di vasca, di doccia e di tappetino antiscivolo;
- assenza di interruttori invisibili al buio.



- Fig. 27: servizio igienico per disabili -

3. Piano di miglioramento

Gli interventi di adeguamento da attuare per ridurre il rischio di caduta per i pazienti (e conseguentemente ridurre i rischi anche per gli operatori) è riportato nella tabella seguente, unite all'individuazione del/dei responsabile/i dell'attuazione e a una proposta di tempistica per l'intervento.

	AZIONE DA INTRAPRENDERE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE
Sezione 1	Installare il corrimano nel corridoio	Life Cronos	6 mesi
Sezione 2	Installare interruttori visibili al buio nei bagni	Life Cronos	3 mesi
Sezione 3	Installare una segnaletica per l'apertura delle porte degli ambulatori	ISPO	6 mesi

Conclusioni

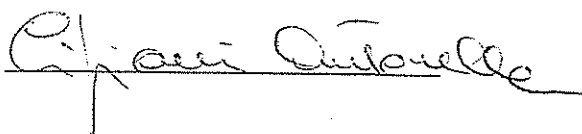
L'attuazione di quanto riportato al paragrafo 3 consentirebbe la riduzione del rischio di caduta per i pazienti ad un livello accettabile, e di ottenere l'accreditamento istituzionale da parte della Regione Toscana.

Firenze, 13/02/2017

Ing. Gianluca Verdolini



Dott.ssa Antonella Cipriani



ALLEGATO 1

CHECK-LIST “*SICUREZZA AMBIENTI E PRESIDI*” COMPILATA

Check list
 sicurezza ambiente e presidi



Unità Operativa o Servizio Vid R Valutatori (SePP, GRC) GIANLUCA VERDOLINI
 Reparto con accesso libero secondo i criteri dell'ospedale aperto SI NO ANTONELLA CIPRIANI

NON APPLICABILE: I.S.P.O. NON E' UN OSPEDALE.

- Sezione 1**
- PAVIMENTI: SI No
 Scivolist
 Dissilevi o buchi
 Assenza cartella di pericolo durante il travaglio
- CORRIDOI: Assenza corrimano
 Illuminazione diurna non idonea
 Illuminazione notturna non idonea
 Presenza di materiali o di mobili ingombranti
- SCALE: Assenza corrimano
 Gradini scivolist
- SEDIE: SI No
 Assenza braccioli
 Instabile
 Seduta di dimensioni non idonee
 Altezza seduta fuori standard
- Sezione 2**
- SEDIE A ROTELLE: Freni inefficienti
 Ruote inefficienti
 Braccioli fissi
 Poggiatesta non funzionanti
- CAMERE: SI No
 Dimensione minima non rispettata
 Interruttori inaccessibili
 Illuminazione diurna non idonea
 Mancanza di ventilazione / termi
 Apertura porta verso l'interno
 Interruttori invisibili al buio
 Assenza luci personali sulla testata letto
 Illuminazione notturna non idonea
 Assenza comodi
 Mancanza luci notturne percorso camera/bagno
- LETTI: SI No
 Non adattabili in altezza
 Spondine non rimovibili
 Spondine non completamente abbassabili
 Spondine non adattabili in altezza
 Ruote inefficienti
 Freni inefficienti
 Campanelli chiamata non raggiungibili
 Luca tra storte/sponda > 10 cm
- GRADINO RIMOVIBILE: SI No
 Superficie scivolosa
 Instabile
 Seduta insufficiente
 Freni scivolist
- ASTE PER FLEBO:
ENDOSCOPIA
 SI No
 Non integrate nel letto
 Non regolabili in altezza
 Ruote inefficienti
 Base con peso di cinque chili
- COMODINO: SI No
 Assenza tavolo scrivitore
 Piano di appoggio non regolabile in altezza
 Ruote inefficienti
 Freni inefficienti
 Piano di appoggio non girabile
- BAGNI: Dimensione minima non rispettata
 Interruttori non accessibili
 Illuminazione diurna non idonea
 Mancanza doccia/vasca assenti VASCA NON C'E'
 Assenza tappetini antiscivolo NON C'E' IL TAPPETINO
 Interruttori invisibili al buio
 Apertura porta insufficiente
 Campanelli chiamata irraggiungibili dalla doccia/vasca NON APPLICABILE
 Pavimento scivoloso
 Assenza doccia
 Assenza vasca
 Esterno camera NON APPLICABILE
 Inaccessibile con carrozina
 Illuminazione notturna non idonea NON APPLICABILE
 Assenza illuminazione antibagno

NON CI SONO
 CAMERE DI
 DEGENZA

NON CI SONO
 COMODINI

Sezione 3

Totale: 5/23 No
 N.O. 39/29