

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

Anno 2020

L'ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT

Relazione ai sensi dell'Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24

INTRODUZIONE

Un sistema complesso per diverse variabili quale quello sanitario (specificità dei singoli pazienti, complessità degli interventi, multiprofessionalità, modelli gestionali diversi, elevato carico tecnologico) realizza le proprie attività ad un ritmo serrato, mantenendo costante la capacità di replica nel tempo senza recare danni a sé stessa e all'ambiente circostante (Klein e Roberts, 1995). In un sistema di questo tipo l'errore, componente inevitabile della realtà umana (Institute Of Medicine Kohn, IOM 1999 "To err is human") è altrettanto inevitabile. È quindi necessario riconoscere che il sistema può sbagliare quando in esso si creano le circostanze per il verificarsi di un errore. L'errore può restare latente fino a quando un errore dell'operatore (active failure) non lo rende manifesto.

In base alle necessità di ordine organizzativo aziendale e recependo i contenuti della Circolare 46/SAN e delle successive Linee Guida della Regione Lombardia, la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" ha avviato, a far tempo dal 2005 un Programma di Risk Management aziendale, definendone l'organizzazione, gli scopi, le modalità e i tempi di realizzazione (Delibera N. 442 del 14 novembre 2005).

Il Servizio di Risk Management è stato configurato come complementare al Sistema di Qualità Aziendale, afferente al Direttore Generale.

Il Gruppo di Coordinamento del Rischio, composto da diverse professionalità, è coordinato dal Direttore Sanitario, stabilisce le linee di attività della gestione del rischio, riceve e valuta le relazioni dal Risk Manager, indica le linee generali da sviluppare operativamente, valida il Piano annuale di Risk Management (PARM).

Il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), coordinato dal Direttore dell'U.O.C. Affari Generali e Legali gestisce i sinistri e le richieste di risarcimento danni.

Il CVS interviene a evento avverso avvenuto ed esprime valutazioni di carattere medico-legale e giuridiche, in ordine alla responsabilità dell'ente e al "quantum" delle pretese risarcitorie. Il Risk Manager si avvale dei diversi strumenti del Risk Management per l'analisi reattiva degli incidenti, eventi avversi, sinistri e per l'analisi dei processi in modo proattivo attraverso una multidisciplinarietà, al fine di rendere effettive le attività di governo del rischio clinico.

L'INCIDENT REPORTING

Il Governo del Rischio è stato implementato basandosi sulla metodologia classica P.D.C.A. (Plan Do Check Act) propria dei sistemi di qualità, che prevede una prima fase di pianificazione strategica di interventi e controlli, una seconda fase di gestione degli eventi avversi, una terza fase di implementazione di un sistema di monitoraggio e risposta agli eventi avversi, un'ultima fase di sviluppo del sistema in continuo. Sul piano metodologico e operativo lo strumento idoneo a sostenere il ciclo di miglioramento continuo è l'Incident Reporting, diffuso attraverso l'introduzione di schede di segnalazione solitamente volontarie, differenziate per ambito, per rilevare gli "eventi indesiderati", l'Incident Reporting permette di prevenire l'insorgenza degli eventi avversi "imparando dall'errore".

Si passa dalla mera constatazione dell'errore come fallimento nella pianificazione o esecuzione di una sequenza di azioni da parte dell'operatore alle opportunità di prevenzione dell'evento avverso e di miglioramento che si vengono a creare ricercandone le cause ed i precursori.

Le schede per la segnalazione di incidenti sono disponibili sulla intranet in format a tema.

Il sistema di segnalazioni volontarie nasce in via sperimentale presso il Blocco Operatorio dell'Istituto nel 2009 grazie alla partnership con AVIOLAB, con l'intento di diffondere la cultura del rischio nella Fondazione. Il presupposto era di incoraggiare la comunicazione di ogni inconveniente e/o anomalia che potenzialmente avrebbe potuto avere effetti sulla sicurezza del paziente. Il sistema si è poi diffuso a tutta l'organizzazione. La segnalazione è volontaria quindi spontanea, l'anonimato è discrezionale. La struttura della segnalazione è volta a non addossare colpe o responsabilità nell'ottica di "imparare dall'errore" in un percorso di gestione del rischio, valido per tutti i professionisti, non punitivo e secondo un principio di responsabilizzazione.

L'area di interesse del sistema di segnalazioni volontarie attiene quindi ai cosiddetti "errori non-intenzionali", involontari (Honest mistakes), che prescindono dalla capacità e conoscenze individuali insieme alla capacità dei soggetti coinvolti nel non sottovalutare la rilevazione di inconvenienti e/o anomalie tecniche o procedurali che potrebbero essere corrette per tempo. In molti casi i punti di criticità o di vero e proprio rischio risiedono in punti distanti dal luogo fisico e/o cronologico nel quale si sono verificati gli effetti. È pertanto essenziale concentrarsi sulle possibili cause e sui fattori contributivi che, direttamente o indirettamente, possono aver concorso all'insorgere della relativa dinamica anziché sugli effetti dell'inconveniente.

Per un valido sistema di segnalazione è necessario sviluppare la capacità individuale di riconoscere/intercettare per tempo i possibili inconvenienti e/o anomalie, ed in particolare la loro ripetitività, far acquisire la capacità di analisi in team e strutturare le azioni di miglioramento prima che le dinamiche possano materializzarsi in uno specifico evento. La discussione del singolo incidente, che può essere effettuata con differenti tecniche di analisi, si svolge attraverso riunioni multidisciplinari, presiedute dal Risk manager, quando necessario; il team di lavoro comprende figure di diversa professionalità, in base all'attinenza all'evento. Nel tempo si è voluto rendere via via autonome le singole unità operative nell'analizzare i propri incidenti, data la peculiarità delle diverse attività, e individuare le azioni correttive. Il team è tenuto a fornire uno specifico feedback all'originatore della segnalazione, nonché far pervenire al RM le proposte per l'annullamento o la mitigazione del rischio. Poiché spesso le variabili e le dinamiche emerse dall'analisi, siano esse umane o organizzative, sono esposte ad una fragilità in grado di generare nuove famiglie di errori le proposte possono comprendere raccomandazioni mirate ad evitare che possano ripetersi casi analoghi.

DEFINIZIONI

Evento evitato (Near miss o close call): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento propriamente detto (Incident): Errore che ha dato o aveva la potenzialità di produrre un danno/conseguenza.

Evento Sentinella (Sentinel event): (definizione secondo SIMES "Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità") evento avverso di particolare gravità potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

ATTIVITA' DI INCIDENT REPORTING 2020

N.B. Essendo la segnalazione volontaria non ha significato la numerosità degli eventi segnalati che di solito, al contrario, crescono con il crescere della confidenza con cui i partecipanti trovano motivazione e occasioni per segnalare. L'alta sensibilità all'errore porta a un aumento delle segnalazioni non però che questo significhi che gli errori stanno aumentando. La frequenza o la prevalenza di un evento su un altro possono essere indicative di una problematica del sistema la cui gravità o impatto vanno sempre valutate e analizzate.

ANNO	2016	2017	2018	2019	2020
Near Miss	7	15	13	3	24
Incident	2	5	13	23	
Eventi sentinella	1	0	1	0	0
Cadute senza danno	93	120	120	131	91
Cadute con danno	0	0	1	2	1
Stravasico	1	0	1	0	0
Lesioni da pressione (n pazienti)	4	21	12	9	np
Totale pazienti ricov.	6983	7625	6377	5792	4016

TAB. 1

L'attività di segnalazione di incident è continuata da parte delle varie unità operative, numericamente sovrapponibile agli anni precedenti anche se il numero di ricoveri si è ridotto di un terzo rispetto all'anno precedente a causa del lockdown. Un terzo (10/30) delle segnalazioni proviene dall'ambito anestesiológico: tra queste tre evenienze riconducibili alla patologia tromboembolica, a quella cardiovascolare ischemica e una cardiaca non direttamente correlata all'intervento, complicanze però, dall'analisi fatta, non riconducibili a errori procedurali o diagnostici. La presenza di queste complicanze, inusuali nella casistica della Fondazione, può essere sostenuta dal mutato case mix dei pazienti sia quelli afferenti come HUB e provenienti dagli altri ospedali sia quelli appartenenti alle liste d'attesa della Fondazione: tutti gli interventi dei pazienti selezionati erano inseriti nella categoria di quelli "indifferibili" e spesso il paziente giungeva all'intervento in condizioni cliniche aggravate da comorbidità (ASA 3/4).

Però la tematica più rappresentata, anche se con modalità, situazioni e livelli di interferenza sull'errore (fattori solitamente favorevoli ma non determinanti l'errore) molto differenti è risultata essere quella dell'identificazione del paziente. Tutti gli incidenti di questo tipo sono dei near miss poiché non ci sono state conseguenze sul paziente (evento evitato) ma l'errore è avvenuto. Si è così deciso di individuare tutte le situazioni a rischio e analizzarne le componenti; inoltre si è prospettato un intervento formativo sulla tematica. Un fattore migliorativo sarà rappresentato dalla informatizzazione della terapia (prescrizione/somministrazione).

Il tasso di cadute per 10000 gg di degenza (indicatore regionale) è stabile tendente alla diminuzione (33,52 del 2020 vs 35,43 del 2019).

Vedi TAB. 1

EMERGENZA COVID-19

Le attività di Risk Management nel 2020 sono state fortemente influenzate dalla gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) inserendosi nello sviluppo e pianificazione delle azioni messe in atto per affrontare l'emergenza pandemica. Durante l'emergenza la Fondazione poiché priva di DEAS, di aree/percorsi di isolamento e delle specialità necessarie alla riconversione in presidio COVID ha operato, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, ridefinendo il proprio assetto interno anche in riferimento al ruolo conferito da Regione Lombardia di HUB per la neurochirurgia oncologica e per le patologie neurologiche adulti e pediatriche a sostegno delle strutture Covid della Regione per l'intera regione (DGR 2906/2020). I pazienti potevano afferire dalle ASST alla Fondazione attraverso trasferimento/invio per patologie di ambito neurologico e neurochirurgico oncologico in quanto necessitanti di ricovero non differibile e solo se privi di infezione da Coronavirus.

Gli obiettivi sottesi ai piani di gestione dell'emergenza e di gestione del rischio sia verso i pazienti che verso gli operatori impegnati nelle organizzazioni sanitarie sono stati:

- 1) Prevenire la diffusione di COVID-19 all'interno della struttura

- 2) Identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19 e informare il personale della struttura e le autorità sanitarie competenti
- 3) Garantire l'assistenza per un numero limitato di pazienti con COVID-19 confermato o sospetto nell'ambito delle operazioni di routine
- 4) Monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a Covid-19
- 5) Comunicare efficacemente all'interno della struttura e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19.

Di seguito vengono esplicitati gli aspetti e le azioni proattive che hanno maggiormente inciso sulla gestione del rischio clinico e per gli operatori:

- si è strutturata la funzione di HUB per la neurochirurgia oncologica, la neurologia e neuropsichiatria a sostegno delle medesime in strutture COVID, a seguito della DGR 2906 del 8 marzo 2020;
- redatto un protocollo con le condizioni di urgenza e non differibilità dei pazienti alle strutture spoke; e per l'Hub NCH, ove era prevista la partecipazione di equipe esterne ad interventi di pazienti provenienti da altri ospedali;
- costituzione di un board aperto a tutti i Direttori delle UOC di Neurochirurgia lombarde, pubblici e privati, mediante una piattaforma di videoconferenza per la condivisione di immagini/esami e valutazione settimanale dell'andamento dei casi, la definizione degli interventi con caratteristiche di indifferibilità, monitoraggio e esiti (piattaforma di web conference e streaming per le riunioni in via telematica);
- definizione delle modalità di raccordo e programmazione dei ricoveri; (Direttori di Dipartimento il ruolo di interlocutore/decisore con le UO delle strutture spoke), monitoraggio giornaliero dei ricoveri e rispettive provenienze;
- si è organizzato un triage/triage avanzato nell'Area a ciclo diurno per i pazienti adulti sia neurologici che neurochirurgici, inizialmente, e in pediatria, per i ricoveri oltre che un questionario anamnestico per i pazienti ambulatoriali;
- organizzazione di Triage e triage avanzato per i pazienti in prericovero chirurgico per in area non interferente con le degenze;
- definizione di una check list di anamnesi COVID per poter gestire un eventuale paziente sospetto/COVID senza portarlo all'interno della struttura determinando la classe di rischio COVID e stabilendo gli esami diagnostici eventualmente da effettuare (RX Torace/TC toracica/TNF molecolare/rapido), le consulenze da richiedere (infettivologo, pneumologo). Classe di rischio COVID e risultati degli esami specifici condizionavano la fase di accettazione del paziente il prericovero doveva essere inderogabilmente mantenuto e completato dal triage avanzato per garantire l'ingresso in sala operatoria di pazienti COVID-free;
- identificazione di un'area di isolamento per pazienti sospetti COVID (in attesa referto TNF)/COVID (in attesa trasferimento in H COVID);
- predisposizione di un'area per monitoraggio/osservazione postoperatoria con 4 p.l. e 6 camere/6pl tutti dotati di monitor multiparametrici in area chirurgica prospiciente la TI (dotata di due stanze di isolamento a pressione neg/pos);
- ridotto accesso alle prestazioni ambulatoriali per i pazienti attraverso introduzione di televisita e potenziamento teleconsulto, filtro telefonico di verifica della volontà dell'assistito rispetto alla conferma della prenotazione; riduzione/distribuzione su orari più ampi del numero di pazienti per ricovero/prestazioni ambulatoriali;
- filtro in ingresso per pazienti, accompagnatori, visitatori, regolamentazione visitatori in TI e Area di isolamento con divieto di visita a pazienti in area di isolamento e in rianimazione, e disponibilità di attrezzature per videochiamate;
- limitazione visitatori a degenti a una persona/paziente e solo un'ora al mattino e una il pomeriggio;
- isolamento funzionale con percorsi "protetti", servendosi sia di scelte logistiche sia di procedure ad hoc per i percorsi dei degenti e dei pazienti ambulatoriali, per i quali è maggiormente possibile la presenza di un paziente COVID positivo non riconosciuto, alle diagnostiche di neuroimaging, neurofisiologiche e alla radioterapia;
- Home delivery consegna a domicilio dei farmaci in FILE F per ridurre gli accessi e/o favorire pazienti impossibilitati a raggiungere la struttura;

- filtro per operatori sanitari o persone in accesso per motivi di servizio comprendente la misurazione della temperatura (in ingresso e in uscita per i dipendenti, con thermoscanner), consegna mascherina, igiene delle mani, per gli operatori ditte in appalto richiesta di certificare assenza temperatura dei dipendenti, con verifiche a campione da parte dell'Istituto;
- riduzione della presenza di personale: smart working regolamentazione dell'accesso alla mensa sia del personale che dei caregiver (gestione informatizzata degli accessi prenotazione lunch box);
- riunioni/incontri/comitati in modalità di videoconferenza;
- livello di utilizzo aumentato, con incremento dei DPI e del livello dei medesimi, rispetto allo standard (realizzazione di una tabella con 4 livelli di adozione dei DPI e popolazione a cui sono destinati);
- attivazione della sorveglianza sanitaria su operatori con sintomi o a contatto con persone (colleghi o famigliari) con sintomi simil-Covid: tampone sia per coloro che manifestano i sintomi in orario di servizio sia per coloro che si assentano direttamente per il medesimo motivo (in questo caso il tampone viene effettuato a domicilio del paziente);
- utilizzo di aree per la messa in atto del distanziamento (aree di sosta visitatori, aree per attesa effettuazione TNF, aree di ristoro);
- modifica delle destinazioni d'uso, laddove possibile, di alcuni locali e aree, compartimentando porzioni di area di degenza;
- attivazione area di screening;
- procedure per i percorsi in particolari ambiti (area isolamento, radiologia, area a ciclo diurno);
- verifica delle modalità di disinfezione aree a rischio e loro potenziamento.

ATTIVITÀ FORMATIVA Per l'emergenza COVID-19

CORSI INTERNI

- COVID-19 - Informazione e Addestramento degli operatori sanitari sull'emergenza sanitaria Coronavirus
- COVID-19 - Formazione sul campo/training sulle modalità di vestizione e svestizione del personale sanitario e tecnico/manutentore (Corso DPI)
- Dottoressa come sta? - Psicooncologia in tempi di Covid-19
- Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19

A supporto delle disposizioni e in relazione alle disposizioni dell'ISS/WHO sono stati realizzate diverse tipologie di corsi di cui due obbligatori per il personale sanitario.

Il 50% delle ore fruite dal personale (81 iniziative per un totale di 29696 ore di formazione fruite) riguardavano la sicurezza sul lavoro in tema COVID-19.

CORSI ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

- tramite l'Ufficio Formazione interno, la Fondazione ha provveduto ad informare del suddetto corso FAD, con mail aziendale, il personale dipendente sanitario. La Direzione ha a sua volta richiesto ai Responsabili di UOC di sensibilizzare ed agevolare il proprio personale sanitario alla fruizione del corso.
 - ✓ Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto
 - ✓ Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19

INIZIATIVE formative/informative SPP: nella sezione della intranet aziendale dedicata al COVID-19 denominata "Proteggiamoci" sono inoltre stati pubblicati una serie di documenti emessi dall'RSPP il cui contenuto è rivolto al lavoratore per protezione dal rischio biologico. I contenuti sono stati concepiti in linea con il contenuto delle disposizioni ministeriali e interne per dare un rafforzamento alla conoscenza dei sistemi utili a contenere il contagio.

ATTUAZIONE MODIFICHE A PROCEDURE IN ATTO, PROTOCOLLI, PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI/NUOVE PROCEDURE per l'emergenza COVID-19

IO TRP COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL TRASPORTO ALLE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE DI PAZIENTI COVID-19/SOSPETTI

IO RX-IS COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER ESECUZIONE RX PER PAZIENTI COVID-19/SOSPETTI RICOVERATI IN ISOLAMENTO AREA SOLVENTI/DH

IO TC/RM-IS COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER ESECUZIONE TC/RM PER PAZIENTI COVID-19/SOSPETTI RICOVERATI IN ISOLAMENTO RIANIMAZIONE/AREA SOLVENTI/DH

IO RX-LETTO COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER ESECUZIONE RX A LETTO PER PAZIENTI COVID-19/SOSPETTI RICOVERATI IN ISOLAMENTO RIANIMAZIONE/AREA SOLVENTI

IO TNF COVID-19 ISTRUZIONI PER UNA CORRETTA MODALITA' DI PRELIEVO, CONSERVAZIONE, INVIO di COVID-19 Tampone Naso-Faringeo

IO TNF COVID-19_All.I UTM-Instructional-Guide

IO TMP COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER ESECUZIONE DI TAMPONI AL DOMICILIO DEI DIPENDENTI

IO TNF_PZ-DIP COVID-19 ISTRUZIONI OPERATIVA PER ESECUZIONE TNF A PAZIENTI NEUROCHIRURGICI E DIPENDENTI

IO Ag-RDTS COVID-19 ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS-COV-2

IO TLV COVID-19+INFO SPERIMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CLINICA AMBULATORIALE E CON TELEVISITA IN CONDIZIONE DI EMERGENZA COVID-19

IO TLM COVID-19 SPERIMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CLINICA AMBULATORIALE IN TELEMEDICINA IN CONDIZIONE DI EMERGENZA COVID-19 DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE PEDIATRICHE

IO PT COVID-19 Istruzioni operative per protocolli terapeutici COVID-19 e Schede Farmaci

Ambiti di miglioramento messi in atto a seguito di analisi degli eventi avversi/incident/near miss significativi:

ATTIVITÀ FORMATIVA

- PBL5-D - erogazione crediti ECM
- BLS-D - BLS-D Retraining
- Procedure di emergenza e sicurezza in RM - erogazione crediti ECM
- Ruolo della Dexmedetomidina in Neuroanestesia. Corso teorico pratico - erogazione crediti ECM
- La movimentazione manuale sicura dei carichi e dei pazienti - erogazione crediti ECM
- Gestione accessi vascolari ecoguidati: approccio strutturato Besta - erogazione crediti ECM
- Algoritmo Besta per la gestione delle vie aeree difficili: come prendere le giuste decisioni - Incontro con gli autori
- Fast track in elective neurosurgery: The Besta Medical-Nursing Management Algorithm for Awakening, Triage pre extubation and early extubation
- Assistenza infermieristica in blocco operatorio di neurochirurgia
- Neon - Neurosurgical Outcomes Network
- Procedure di emergenza e sicurezza in RM
- The Besta BIS-guided Algorithm: how to improve the Bispectral Index monitor utilization during General Anaesthesia to manage Consciousness and to prevent Neuro Cognitive Disorders (NCD)

Tutti i corsi accreditati con erogazione di ECM sono stati inseriti nel Piano di Formazione Aziendale.

ATTUAZIONE MODIFICHE A PROCEDURE IN ATTO, PROTOCOLLI, PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI/NUOVE PROCEDURE

Revisione Elenchi materiali del carrello delle urgenze **Pr02a_AIII, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10** Aree di degenza adulti, UOC Neuroanestesia e Rianimazione, borsa U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Poliambulatorio, Ambulatorio di via Ponzio, Aree di degenza pediatriche, Blocco Operatorio, UOC Neuroradiologia e Radioterapia

PR60 Procedura per la gestione dei rapporti con i mass media

PR60_AIII Social media Policy

PR63 Procedura sulla gestione delle sorgenti ottiche artificiali coerenti (laser)

PR84 Politica e procedura di pratica clinica per pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda

IO 116 Algoritmo gestionale medico-infermieristico del paziente post-operatorio

IO 118 Istruzione operativa per la collaborazione e supporto dell'IRCCS BESTA per pazienti neurochirurgici non differibili, non COVID-19

IO 34 Direzione Sanitaria Istruzione Operativa per esecuzione e refertazione di ECG urgenti

IO 120 Istruzione Operativa per assegnazione di emazie Rh Positive a paziente Rh Negativo

Linee Guida di RM Linee Guida di Risk Management

Piano Operativo

A far tempo dall'anno 2005 ad oggi la Fondazione Besta ha intrapreso un percorso strutturato di Gestione del Rischio che ha seguito il seguente approccio:

Sviluppo delle Linee Guida Organizzative di Regione Lombardia: per fornire all'Azienda gli indirizzi per la costituzione e la gestione delle strutture organizzative aziendali (Gruppo di coordinamento del Rischio, Comitato di Valutazione Sinistri e Unità di Gestione del Rischio) secondo le linee guida regionali (Circolare 46/SAN). Si è dato seguito alle indicazioni regionali provvedendo alla nomina e alla formazione di addetti all'ascolto/mediazione di conflitti.

Diffusione della cultura del Rischio: al fine di fornire agli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti e per sensibilizzarli alla Gestione del Rischio realizzazione di momenti formativi ad hoc di tecniche di Risk Management (nel 2019 Radioterapia, Neurofisiologia).

Analisi e reingegnerizzazione dei flussi informativi aziendali: l'analisi delle fonti informative interne alla Fondazione ha permesso la realizzazione di un sistema di rilevamento dei dati utili alla identificazione dei rischi aziendali, al fine di rendere più sicure le aree dove è più elevata la frequenza di errori, successivamente adeguato alle richieste di informazioni del data base regionale e ministeriale.

Informatizzazione della documentazione sanitaria: nell'ambito di un miglioramento della comprensibilità della documentazione e tracciabilità del percorso diagnostico-terapeutico strutturazione di una cartella clinica informatizzata per sintesi all'ingresso, anamnesi, esame obiettivo, diaria clinica, lettera di dimissione; informatizzazione del referto ambulatoriale; implementazione delle correlazioni con sistemi informatici di diagnostica di laboratorio e neuroradiologica; informatizzazione delle consulenze esterne.

Consenso informato: sensibilizzazione dei clinici all'adesione corretta alla procedura di acquisizione del consenso informato attraverso interventi mirati (consensi per diagnostiche di neuroimaging); revisione della modulistica sia dal punto di vista clinico che legale e adeguamento al nuovo Regolamento EU sul trattamento dei dati 2016/679; Implementazione consensi informati tematici specifici per tipologia di intervento/procedura.

Diffusione della cultura del miglioramento continuo e della prevenzione del ripetersi degli errori, attraverso l'Incident Reporting

Realizzazione di Audit Clinici: al fine di realizzare un'analisi reattiva per gli eventi avversi (p.e. valutazione di corretta profilassi antibiotica perioperatoria, follow up, posizionamento elettrodi cerebrali profondi in pazienti affetti da M. di Parkinson).

Realizzazione e potenziamento di soluzioni organizzative, formazione e implementazione di protocolli clinici e procedure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza: monitoraggio delle multiresistenze microbiologiche attraverso un sistema di alert microbiologico dal 2013, implementazione di procedure e istruzioni operative per l'isolamento in locali dedicati per l'isolamento spaziale, acquisizione di apparecchiature potenzianti la sanificazione/disinfezione degli ambienti e delle superfici, implementazione protocolli clinici per l'antibiotico-profilassi perioperatoria e per la gestione e il trattamento dell'evento settico secondo Linee Guida regionali, monitoraggio dell'evento settico, potenziamento metodiche di laboratorio (procalcitonina) per diagnosi infettivologica. Valutazione antibioticoresistenze e individuazione di cluster di microrganismi MDR o con resistenze specifiche monoceppo, azioni correttive su eventuali cause o fattori favorenti.

Milano, 29/03/2021