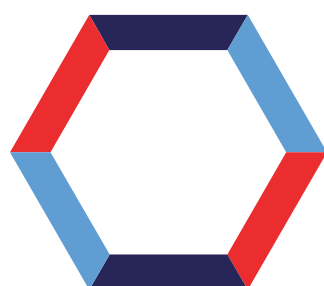


RELAZIONE ATTIVITÀ 2017



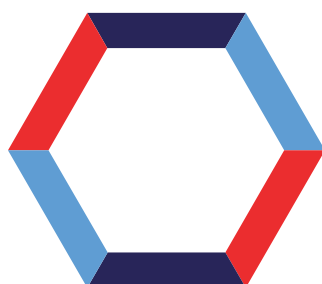
GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

A CURA DI:

Riccardo Tartaglia, Sara Albolino, Michela Tanzini,
Francesco Ranzani, Elena Beleffi, Giulia Dagliana,
Giulio Toccafondi.

Firenze, 27 luglio 2018

RELAZIONE
ATTIVITÀ
2017



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

Sommario

Executive summary.....	1
Executive summary (English version)	3
Introduzione	4
1. Sviluppo del sistema di gestione del rischio	6
1.1 Indicatori di sicurezza delle cure del 2017 nel SST	6
1.2 Gestione dei sinistri e del contenzioso 2017 nel SST	10
1.3 Stato dell'arte del Sistema integrato per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	14
1.4 Choosing wisely	14
2. Pratiche per la Sicurezza del Paziente 2017	16
2.1 Monitoraggio pratiche per la sicurezza	16
3. Attività di ricerca e sviluppo	21
3.1 La sicurezza delle cure e del paziente nell'area materno infantile	21
3.2 La sicurezza delle cure e del paziente pediatrico	22
3.3 Consulta per la Pediatria - sicurezza delle cure.....	23
3.4 Identificazione, gestione e trattamento della sepsi e dello shock settico	23
3.5 Identificazione e gestione della Sepsis Pediatrica.....	25
3.6 Sicurezza delle cure nelle carceri toscane	26
3.7 Progetto Persona – La Buona Cura. La promozione della sicurezza, della qualità dell'assistenza e delle relazioni nei percorsi socio-sanitari	26
3.8 Accademia del Cittadino e GART: la partecipazione dei cittadini per la sicurezza delle cure	28
3.9 Continuità ospedale-territorio.....	29
3.10 Studio multicentrico sull'impatto delle buone pratiche per la prevenzione degli errori da interruzione durante le attività infermieristiche e mediche in area medica	30
3.11 Studio Handover – continuità nei servizi clinico assistenziali per il paziente adulto e nella rete pediatrica.....	30
4. Attività come Collaborating Center OMS	32
4.1 Collaborating Centre su fattori umani e la comunicazione	32
4.2 Piattaforma di condivisione della conoscenza globale.....	32
4.3 La formazione sul fattore umano e la comunicazione	34
4.4 Gli interventi di promozione della sicurezza nei progetti di cooperazione sanitaria	34
5. La formazione e informazione	36
5.1 Accademia del Cittadino III edizione	36
5.2 Promozione della qualità e sicurezza delle cure – Campagne informative ed eventi.....	36

5.3 Formazione sulla legge 24/2017.....	37
5.4 Verso IEA 2018.....	37
6. Collaborazione nazionali e internazionali.....	38
6.1 Italian Network for Safety in Healthcare ISQUA.....	38
6.2 Global Sepsis Alliance	38
6.3 IEA.....	39
6.4 Attività di sicurezza del paziente portata avanti con SIE – Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani	39
7. Eventi.....	40
8. Pubblicazioni Recenti.....	41

Executive summary

Il 2017 è stato un anno di grande importanza per l'approvazione della Legge 24 sulla sicurezza del paziente e la responsabilità professionale.

Alcuni importanti eventi e azioni hanno caratterizzato l'attività del Centro GRC nel corso dell'anno. Tra gli atti della Giunta Regionale più significativi che hanno riguardato il Centro GRC si ricorda la delibera GRT 1330/2017 che ha introdotto il safety score e i meccanismi di premialità per il controllo e contenimento del rischio clinico ed economico.

Il programma di lotta alla sepsi ha visto uno sviluppo rilevante fornendo agli operatori indirizzi precisi per la gestione di questa grave patologia e numerose sono state le iniziative portate avanti per affrontare questo problema di sanità pubblica. Il centro ha inoltre contribuito alla messa a punto di importanti documenti d'indirizzo in collaborazione con la Global Sepsis Alliance.

Riguardo alla legge 24/2017, all'indomani della sua approvazione, la Regione Toscana era già in regola rispetto ai suoi principali adempimenti essendo già dotata di un centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, di un sistema di segnalazione e apprendimento, di pratiche per la sicurezza mirate al contenimento e controllo del rischio.

Riguardo ai risultati dell'attività, i dati del Laboratorio MeS risultano nel complesso positivi, in particolare si è ottenuto: una soddisfacente performance complessiva sulla sicurezza delle cure delle aziende sanitarie, tutte in fascia verde, in base agli indicatori di base e una significativa riduzione delle richieste di risarcimento.

Per quanto concerne gli indicatori LEA anche per il 2017 la Toscana è rientrata negli standard stabiliti dal Ministero della Salute, risultando tra le regioni più efficienti, anche se permangono delle aree da presidiare, come ad esempio la centralizzazione delle attività di preparazione degli antiblastici. Così pure non tutte le pratiche hanno raggiunto il 100% di attuazione, in particolare la raccomandazione n.8 sulla prevenzione della violenza agli operatori e n.17 sulla riconciliazione terapeutica.

Permangono ancora delle zone d'ombra sul sistema di segnalazione e apprendimento (RLS) che, seppure abbia raggiunto in generale un livello maturo di segnalazioni non rispecchia ancora completamente la realtà di alcune aziende sanitarie in cui, solo una minoranza delle strutture segnala gli eventi utilizzando l'applicativo regionale. Si tratta comunque di una mole di dati contenuti nel nuovo sistema informativo Si-Grc che consentirà importanti e utili elaborazioni essendo ogni evento avverso analizzato secondo i criteri dettati dall'OMS (Minimal Information Model e International Classification Patient Safety).

Il numero di eventi sentinella segnalato non riesce a superare la soglia dei 60 annuali e si tratta di un dato fortemente sottostimato rispetto all'atteso. È auspicabile che la legge approvata sulla sicurezza delle cure possa favorire la segnalazione tutelando i professionisti all'interno dei sistemi di segnalazione e apprendimento (RLS).

Per quanto concerne il modulo per la gestione dei risarcimenti, all'interno dell'applicativo regionale è prevista l'importazione dei dati storici dei risarcimenti dal precedente applicativo SRGS al Si-Grc entro giugno 2017-2018 per permettere il loro aggiornamento nel nuovo sistema.

Dal punto di vista dell'attività di ricerca, significativa anche la partecipazione del Centro GRC a iniziative nazionali e internazionali con la presentazione di vari contributi (vedi pubblicazioni). Analogamente, la formazione ha rappresentato un elemento di forza del Centro GRC con numerose iniziative organizzate sui temi di maggiore attualità sulla sicurezza.

Executive summary (English version)

In 2017, the Italian parliament adopted a law on patient safety (N° 24/2017) and professional liability a historical touchpoint for the Italian Healthcare Service.

Some important events and actions have characterized the activity of the Center for patient safety along the year. Among the most significant acts of the Regional Council the GRT Resolution 1330/2017 kicked-off the “safety score” and deployed a new reward mechanisms for controlling and containing risk.

The fight against sepsis program has gone a long way, providing operators with precise guidelines for the management of this serious disease and numerous initiatives have been carried out. The center also contributed to the development of important “call to action” in collaboration with the Global Sepsis Alliance.

With regard to the law 24/2017, the day after its approval, the Tuscany Region is already compliant with its main obligations being already equipped with a regional center for clinical risk management and patient safety, a system of reporting and learning, security practices aimed at containing and controlling risk.

With regard to the results of the safety indicators issued annually by MES Laboratory, those are generally positive, in particular we have obtained a satisfactory overall performance in all the health care trusts, all in the green belt. The data registered a significant reduction in claims for compensation.

As far as the LEA indicators (baseline assistance level) are concerned, also for 2017 the regional healthcare is perfectly in line with the criteria set by the Ministry of Health, making it one of the most efficient regions, even if areas to be monitored still persist, such as the centralization of antiblastic preparation. Not all the safety practices have achieved the 100% implementation, in particular recommendation n° 8 on preventing violence to operators and n°17 on medication reconciliation.

There are still some gray areas on the reporting and learning system (LRS) which, although it has reached an absolutely good level of reporting, does not yet fully reflect the reality of some healthcare trust in which, only a minority of the structures, reports the events using the software. However, the large amount of data contained in the new Si-Grc information system will allow important and useful processing, since each adverse event will be analyzed according to the criteria established by the WHO (Minimal Information Model and International Classification Patient Safety).

The number of sentinel events reported does not exceed the threshold of 60 events reported annually and this is a highly underestimated figure compared to the expected. The common hope is that the recently approved law on patient safety will promote reporting by legally protecting the professionals who reports in the LRS.

With regard to the compensation management software module, by June 2018 the transfer of the database on compensation paid in the last years will be finalized and new Si-Grc will be fully operational .

As far as the research activity, the participation of the GRC Center in national and international initiatives is also significant, with the presentation of various contributions (see publications). Likewise, training was a strong element of the GRC Center with numerous initiatives organized on the most topical issues of patient safety.

Introduzione

Il 2017 è stato il secondo anno dall'approvazione della riforma organizzativa del servizio sanitario regionale. Si è trattato ancora di un anno di assestamento della riforma di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale. È stato inoltre l'anno dell'approvazione della Legge sulla Sicurezza delle cure e la Responsabilità Professionale. Il centro è stato molto impegnato nella presentazione di questa importante norma nell'ambito del servizio sanitario regionale e nazionale. In particolare sono stati organizzati vari incontri (regionali e di area vasta) a carattere seminariale in cui la legge è stata presentata e discussa con gli operatori sanitari.

Il Centro GRC si è presentato all'indomani della sua approvazione con le carte a posto. Peraltro la legge, in merito all'organizzazione della sicurezza delle cure, fa proprio riferimento al sistema di gestione del rischio clinico toscano. La Regione Toscana già dal 2013 dispone infatti di un Centro di governo clinico regionale sulla gestione del rischio clinico, di un sistema di segnalazione e apprendimento recentemente aggiornato, di un sistema di messa a punto e implementazione di pratiche per la sicurezza.

Nel 2017 gli indicatori per la gestione del rischio clinico hanno evidenziato alcuni miglioramenti per certi aspetti inattesi nella loro consistenza. Abbiamo infatti avuto una netta riduzione, per il secondo anno di seguito, del tasso di risarcimenti. Per quanto invece riguarda la cultura della sicurezza, misurata attraverso la pratica degli audit GRC e le rassegne di mortalità e morbilità, sebbene cresciuta nettamente in questi anni stenta a raggiungere i livelli previsti, in particolare nelle aziende più complesse come quelle ospedaliere-universitarie. Gli indicatori per la sicurezza del paziente hanno mostrato un lieve decremento della sepsi post-operatoria ma un lieve incremento delle complicanze trombo-emboliche. Si tratta di normali oscillazioni che vanno ovviamente valutate nel tempo.

L'indice di adesione alle buone pratiche è risultato in generale soddisfacente, attestandosi nell'area verde del bersaglio di valutazione delle performance delle aziende realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. Analogamente il controllo delle cadute in ospedale non ha presentato peggioramenti.

Permangono ancora alcune criticità nella segnalazione degli eventi sentinella. Il loro numero (circa 60) rimane sotto la soglia attesa e permangono alcuni ritardi nella segnalazione, presumibilmente dovuti ad alcune incertezze di definizione.

Tra gli atti di maggiore rilevanza approvati nel 2017 si ricorda la delibera GRT 1330 che introduce il "safety score" e un meccanismo di "premiabilità" per quelle aziende sanitarie che hanno gestito e controllato positivamente la sinistrosità. Nel 2018 tali strumenti dovranno essere messi a punto e verificata la loro fattibilità di implementazione al fine di utilizzarli per il monitoraggio della sicurezza delle cure. Altra importante novità introdotta dalla delibera GRT 1330/2017 è l'aver rafforzato le funzioni preventive del Centro Gestione Rischio Clinico introducendo lo svolgimento di verifiche sulla corretta applicazione di pratiche per la sicurezza laddove si siano verificati eventi avversi con risarcimenti significativi. Sul versante del controllo della sinistrosità il CRVS ha continuato a svolgere la sua funzione di second opinion con ottimi risultati rispetto a una corretta definizione del quantum.

La delibera GRT 1330/2017 ha inoltre definito, alla luce della legge 24/2017 l'assetto organizzativo del Centro GRC e delineato la Figura del risk manager.

In un recentissimo rapporto internazionale pubblicato da OECD in collaborazione con OMS e Banca Mondiale dal titolo “Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage” è stata sottolineata l’importanza in termini strategici di sviluppare la qualità e sicurezza dei servizi al fine di garantire accesso più equo e risultati di cura migliori ai cittadini. In coerenza con gli appelli globali di porre al centro delle politiche sanitarie i temi della qualità e sicurezza, il Centro GRC ha lavorato per consolidare la presenza di questi temi all’interno dei piani sanitari delle aziende sanitarie toscane e per sensibilizzare i policy maker al fine di rendere la sicurezza delle cure un asset strategico dell’agenda programmatica regionale. Come bene sottolinea il rapporto dell’OECD c’è bisogno di porre la qualità e sicurezza come fondamento del cambiamento dei sistemi sanitari.

Link: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>

1. Sviluppo del sistema di gestione del rischio

1.1 Indicatori di sicurezza delle cure del 2017 nel SST

Nel corso del 2017 sono stati segnalati e gestiti mediante Si-Grc, 64 eventi sentinella, di cui 61 sono stati validati come tali al termine dell'analisi del caso clinico, dando quindi origine ad altrettanti report di analisi approfondita con piano di miglioramento, seguiti dalla rispettiva scheda di verifica della realizzazione delle azioni di miglioramento. L'andamento ha subito un lieve incremento tornando ai valori segnalati nell'anno 2013 (figura 1).

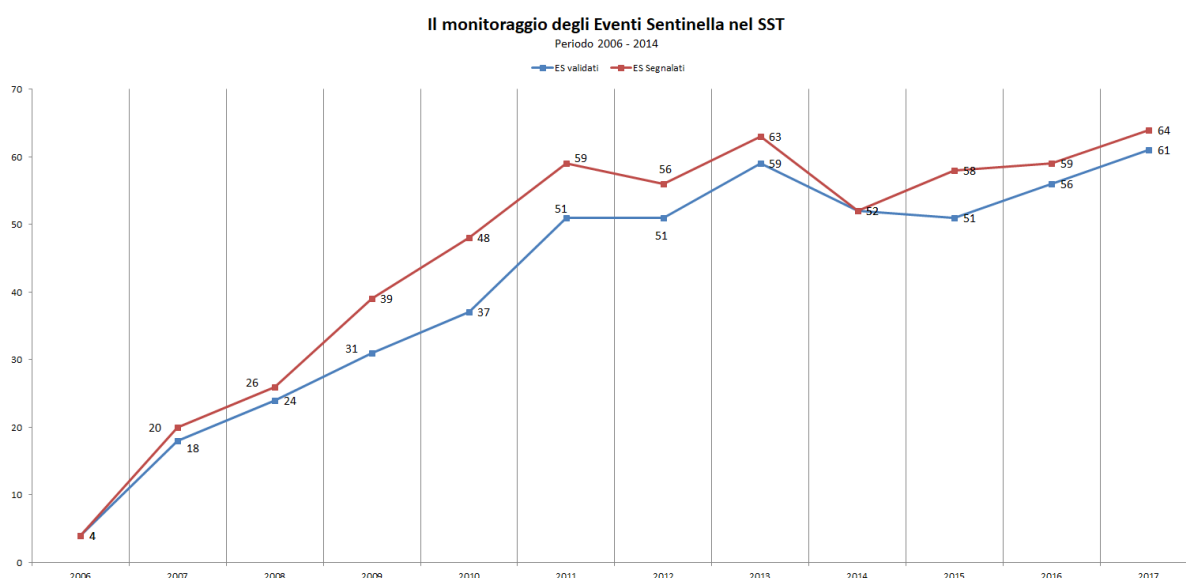


Figura 1 – Andamento degli eventi sentinella

In merito al tipo di evento, secondo la classificazione del protocollo SIMES, nel 2017 le cadute gravi rappresentano l'evento segnalato con più, seguite dai casi non classificati e dai suicidi in ospedale (figura 2). Rispetto al 2016 si è verificato un incremento dei casi relativi alle procedure in paziente sbagliato (3 eventi nel 2017).

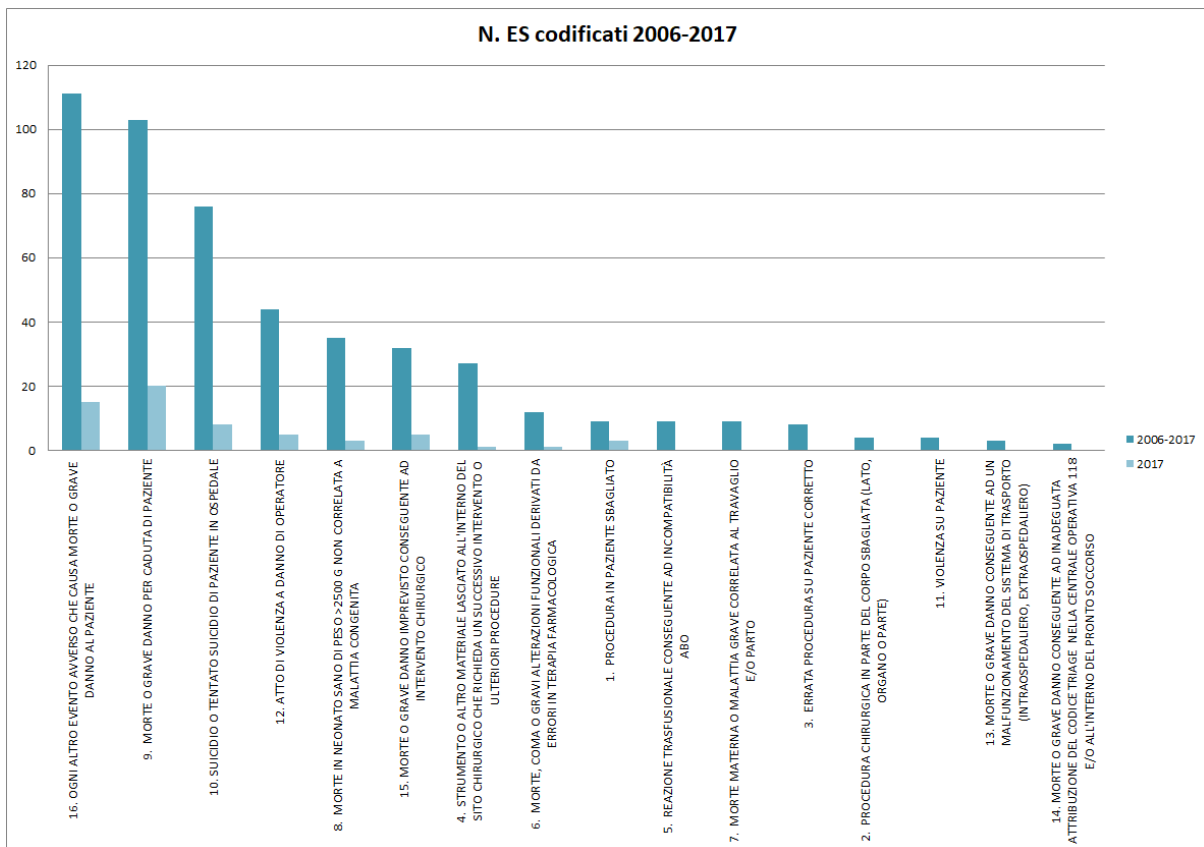


Figura 2 - Distribuzione degli eventi sentinella per tipologia

L'indicatore di tempestività nella gestione degli eventi sentinella si conferma ancora come una delle misure su cui potrebbero esserci maggiori margini di miglioramento (tabella 1 e figura 3). L'obiettivo primario da cui discende l'indicatore è il controllo del rischio associato a eventi avversi gravi con evidenza di prevenibilità, per cui è importante la gestione tempestiva delle conseguenze cliniche e relazionali, nonché l'analisi e prevenzione dei fattori contribuenti per evitare il ripetersi dell'evento.

Risulta ottima la performance di AUSL Nord Ovest, buona e con ulteriori margini di miglioramento la AUSL Sud Est, ancora critica la AUSL Centro. Per quanto riguarda la situazione delle Aziende Universitarie Senese, Pisana e Careggi sarà necessario intervenire fattivamente in termini di presa in carico e tempestività della segnalazione e gestione degli eventi sentinella.

Per quanto riguarda il modulo di incident reporting, rispetto agli anni precedenti, con il 2017 si è tentato di spostare l'attenzione su due aspetti in particolare: da un lato la tempestività della segnalazione e gestione degli eventi avversi, dall'altro l'attuazione delle azioni di miglioramento. In merito alla tempestività si evidenzia ancora una certa difficoltà da parte delle aziende di rispettare le tempistiche indicate (45 giorni per la presa in carico della segnalazione). Si può desumere che il problema sia almeno in parte legato a un fattore culturale per cui l'inserimento nel sistema Si-Grc avviene ancora principalmente alla chiusura dell'anno determinando un gap temporale che non valorizza il lavoro svolto dai professionisti durante l'arco dell'anno.

Per quanto concerne il sistema di segnalazione e approfondimento, alcune aziende presentano ancora delle difficoltà a diffondere la pratica delle rassegne di mortalità e morbilità. Ciò è evidente in particolare nelle due aziende dell'area centro (figura 4).

Gli indicatori di patient safety non dimostrano variazioni significative, si evidenzia una lieve riduzione del tasso di sepsi post-operatoria e un lieve incremento delle complicanze trombo-emboliche post-operatorie rispetto al dato 2016 (figure 5 e 6).

Aziende	TOT EA gestiti < 45gg	TOT EA	Indicatore C6.2.3
AO Pisa	506	941	53,77
AO Siena	233	503	46,32
AO Careggi	86	239	35,98
AO Meyer	292	475	61,47
ISPO	18	20	90,00
Fondazione Monasterio	64	130	49,23
Centro	539	1361	39,60
Nord Ovest	1618	3128	51,73
Sud Est	1103	2378	46,38

Tabella 1 - C6.2.3 Gestione evento sentinella, tempestività e registrazione su Si-Grc

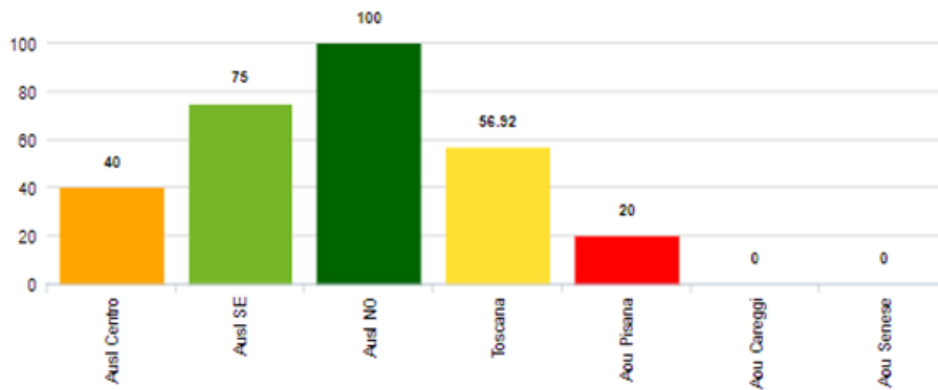


Figura 3 – C6.7.1 Percentuale di Eventi Sentinella segnalati al GRC entro 5 giorni dal verificarsi dell'evento (tramite scheda A) ed analizzati entro 45 giorni dalla segnalazione dell'evento (tramite scheda B)

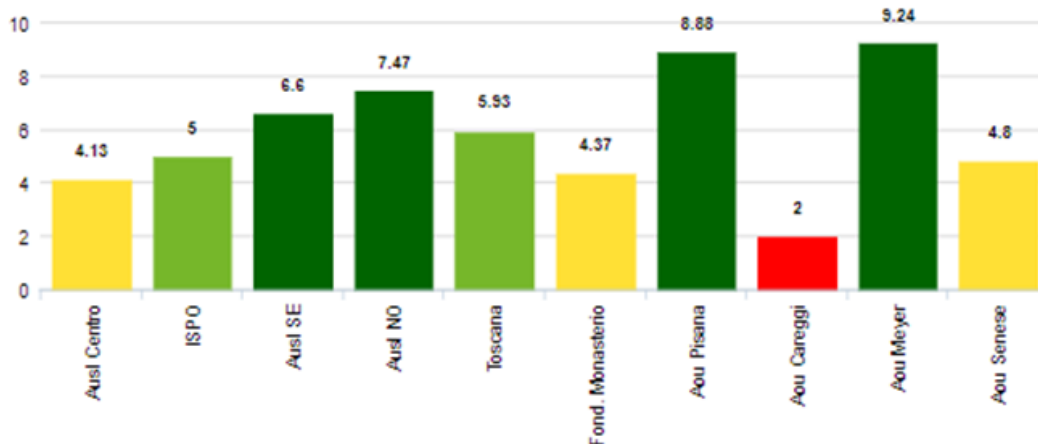


Figura 4 – C6.2.2 Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità 2017

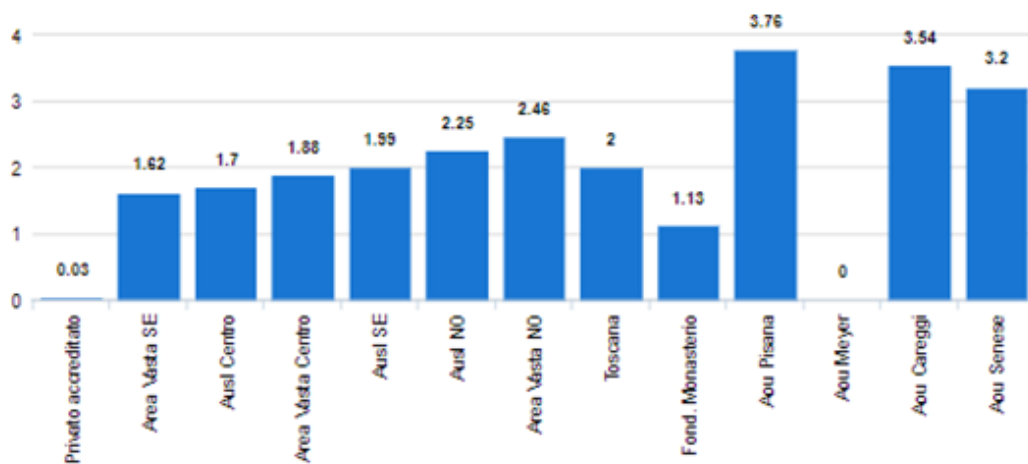


Figura 5 – C6.4.1 Casi di sepsi post-operatoria per 1000 abitanti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni 2017

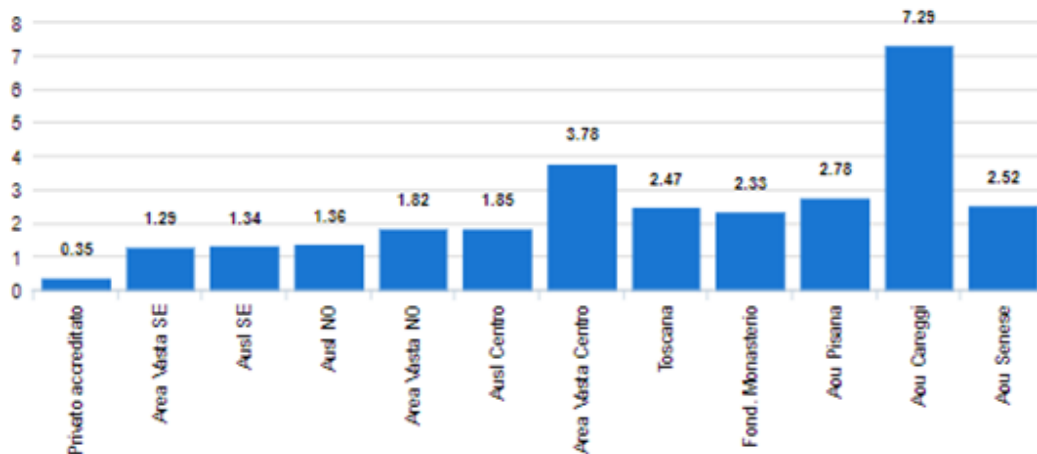


Figura 6 – C6.4.3 Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1000 dimessi con DRG chirurgico 2017

La capacità di controllo delle cadute ha avuto un ulteriore considerevole miglioramento complessivo rispetto agli anni precedenti, proseguendo su un trend che ha visto un incremento delle segnalazioni e gestione degli eventi senza danno, a fronte di una riduzione dei casi con danno al paziente e che esitano in una richiesta di risarcimento. Tutte le aziende hanno raggiunto livelli ottimali con un incremento costante nel tempo in questo dato che approssima l'efficacia nella prevenzione delle cadute (figura 7).

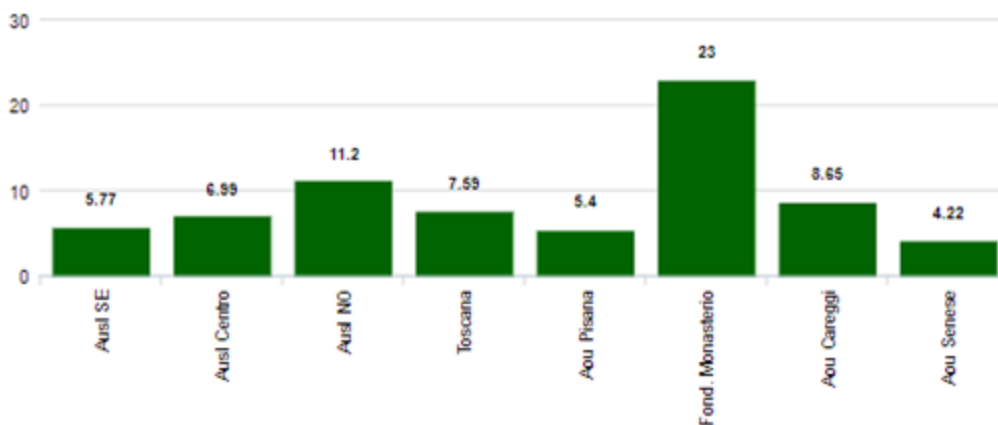


Figura 7 – C6.6 Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema Incident Reporting e le cadute che esitano in un sinistro 2017

1.2 Gestione dei sinistri e del contenzioso 2017 nel SST

Le elaborazioni che seguono si basano sui dati inseriti nell'applicativo Si-Grc (Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Clinico) da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche toscane, la cui qualità è stata verificata dal Centro GRC mediante un confronto costante con gli uffici aziendali competenti. I dati che si riferiscono alle annualità più recenti, soprattutto con riguardo alle stime delle valutazioni economiche dei risarcimenti, si prestano a una progressiva evoluzione via via che si completa e corregge la quantificazione del danno e la trattativa con la controparte, pertanto sono suscettibili di aggiustamenti anche significativi.

La situazione della sinistrosità globale (Figura 8), comprensiva delle richieste di risarcimento non in gestione diretta, mostra un deciso calo nel 2016 nel numero dei sinistri, che conferma il trend in diminuzione.

Tale andamento dovrà essere confermato nel tempo, potendosi comunque osservare delle oscillazioni annuali. Anche il calcolo del tasso annuale in base al numero di ricoveri evidenzia negli ultimi due anni una discreta riduzione.

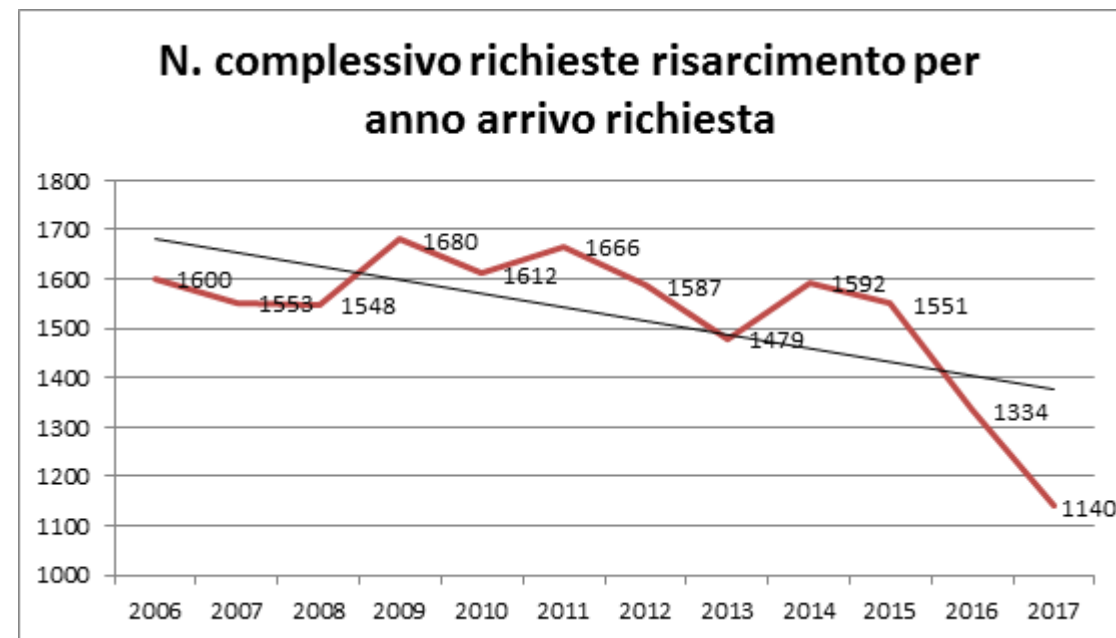


Figura 8 – Numero richieste di risarcimento danni complessivamente ricevute dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, per anno di arrivo di ciascuna richiesta, dati consolidati

A distanza di otto anni dall'adozione del sistema di gestione diretta permangono ancora alcuni punti di forza e debolezza, rispetto ai quali dovranno essere previsti specifici interventi, fermi restando i punti di forza. È auspicabile che una prossima delibera della Giunta Regionale introduca degli elementi di correzione, soprattutto rispetto alla premialità per le Aziende che si mostrano più virtuose, anche dal lato della gestione del rischio. Alcune delle criticità rilevate sono già in via di risoluzione con l'adozione dell'applicativo Si-Grc che consentirà una gestione più analitica dei dati ivi inseriti dagli operatori. Sulla base della L. 24/2017 il Difensore Civico potrà svolgere a pieno il suo ruolo di sostegno ai cittadini nell'ambito della conciliazione stragiudiziale con le Aziende.

Punti di forza

- maggior consapevolezza del costo economico dei risarcimenti da parte degli operatori sanitari;
- maggiore equità tra gli operatori sanitari rispetto alla valutazione della Corte dei Conti che prevede nei sistemi assicurativi l'obbligo di segnalazione solo per i sinistri risarciti in franchigia, comportando, di conseguenza, un diverso atteggiamento nei confronti del personale interessato;
- la soluzione per via stragiudiziale riduce il ricorso alla giustizia civile;
- i tempi di definizione delle pratiche e di liquidazione, se l'attività è ben organizzata, sono mediamente ridotti;
- risparmio immediato consistente rispetto ai premi assicurativi pagati annualmente.

Punti di debolezza

- introduzione della gestione diretta solo come modalità di risparmio, senza prevedere un adeguato sistema di controllo e gestione del rischio clinico;
- le aziende sanitarie sono finanziate per i risarcimenti pagati senza alcuna premialità/penalità rispetto all'aver gestito e controllato il rischio o non averlo fatto;
- la difesa dei cittadini nella negoziazione volontaria potrebbe essere sbilanciata a favore delle aziende sanitarie che dispongono di esperti clinici e medici legali;
- tendenza a rimandare al contenzioso civile i casi in cui il rischio di soccombenza è basso, incrementando l'esposizione economica al management che succederà;
- i risarcimenti vengono gestiti nel bilancio di esercizio, non essendo previsto dalla contabilità aziendale un bilancio di competenza, e questo potrebbe determinare nel tempo esposizioni di non pronta evidenza.

Ovviamente tali dati sono affidabili nella misura in cui le Aziende Sanitarie abbiano correttamente inserito e aggiornato nel sistema gli importi delle valutazioni, che i comitati di gestione dei sinistri abbiano fatto delle stime congrue del *quantum*, che siano riportate in maniera integrale le liquidazioni e le rispettive date, che i sinistri categorizzati come chiusi, se successivamente riaperti, siano aggiornati di conseguenza.

Al momento della rilevazione effettuata alla fine del 2017, il liquidato annuale è stimato in circa 26 milioni di euro mentre, il riservato è stimato in circa 150 milioni di euro, da liquidare negli anni successivi al 2017 (tabella 2).

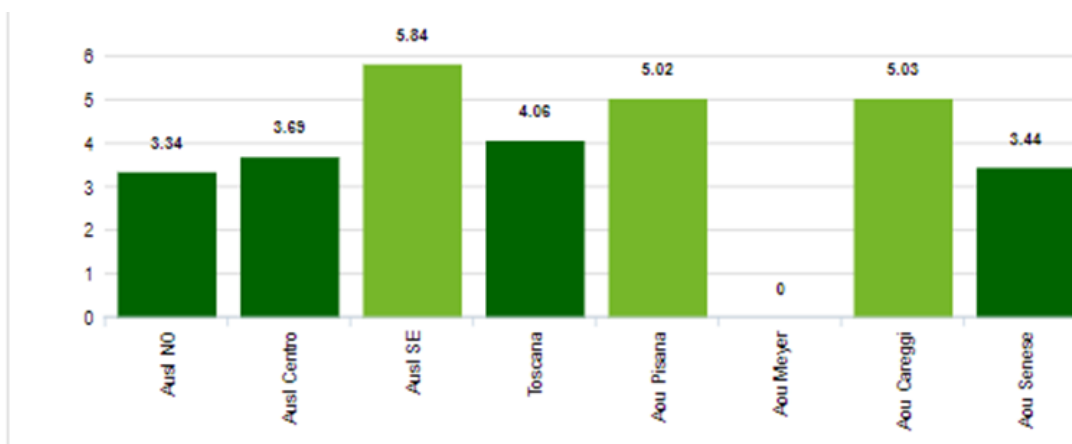


Figura 9 – C6.1.1 Numero di denunce di sinistro per eventi avvenuti in strutture ospedaliere per 10000 ricoveri erogati in strutture pubbliche 2017

In merito al tasso di risarcimenti per 10000 ricoveri tutte le aziende hanno avuto una riduzione consistente a livello ospedaliero e territoriale, riduzione che andrà confermata nel tempo trattandosi di un indicatore soggetto a oscillazioni anche significative nel tempo (figura 9 e 10).

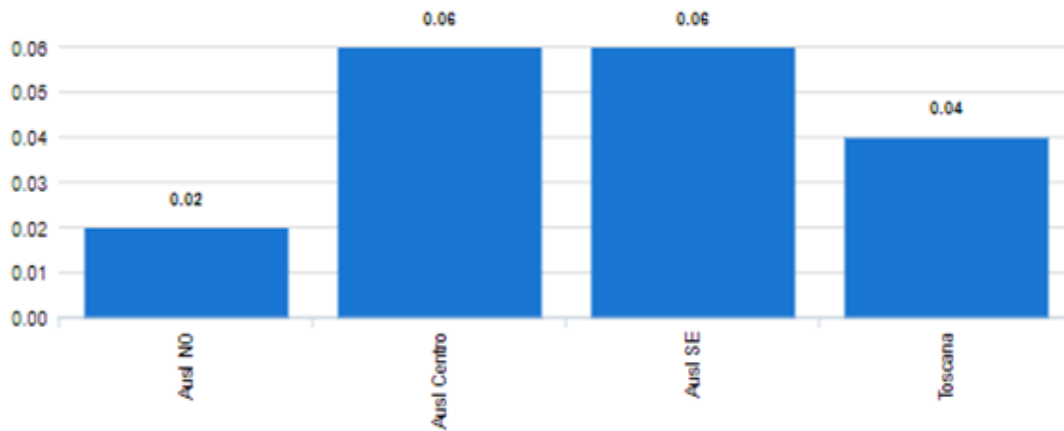


Figura 10 – C6.1.2 Numero di denunce di sinistro per eventi avvenuti in strutture territoriali per 10000 abitanti 2017

Azienda	Bilancio competenza (riservato) 2010-2016	Bilancio esercizio liquidato 2016
USL Centro	66.074.874,00	1.357.572,29
USL NO	24.667.664,00	11.262.314,40
USL SE	9.114.610,00	3.416.640,86
AOU Careggi	38.232.200,00	7.706.536,72
AOU Pisa	12.613.833,00	1.836.428,94
AOU Siena	1.868.073,23	438.865,93
AOU Meyer	2.642.500,00	-
Totale	153.213.574,00	26.018.355,00

°liquidato stragiudiziale e contenzioso

°°riservato sinistri aperti stragiudiziali e giudiziali

^ riservato solo probabile

Tabella 2 – Rapporto tra riservato e liquidato

I dati relativi alla valutazione di efficienza dei comitati per la valutazione dei sinistri, hanno mostrato nel 2017 un peggioramento attribuibile alla riorganizzazione aziendale degli uffici competenti e a ritardi nell’inserimento dei dati nel database regionale. Si tratta di criticità che hanno bisogno di essere presto superate per avere una valutazione aggiornata della situazione.

I dirigenti degli uffici affari legali, in una recente survey sul sistema di autoritenzione del rischio, si sono dichiarati assolutamente favorevoli a portare avanti tale modalità di gestione dei risarcimenti, sebbene con alcuni miglioramenti, già introdotti peraltro nel 2018 in alcuni atti.

Attività svolta dal Comitato Regionale per la Valutazione dei Sinistri (CRVS)

Il CRVS ha preso in esame oltre 200 richieste di risarcimento rispetto alle quali, trattandosi nella maggior parte dei casi di importi significativi, l’Azienda interessata si è rivolta al CRVS per una “second opinion” (figura 11).

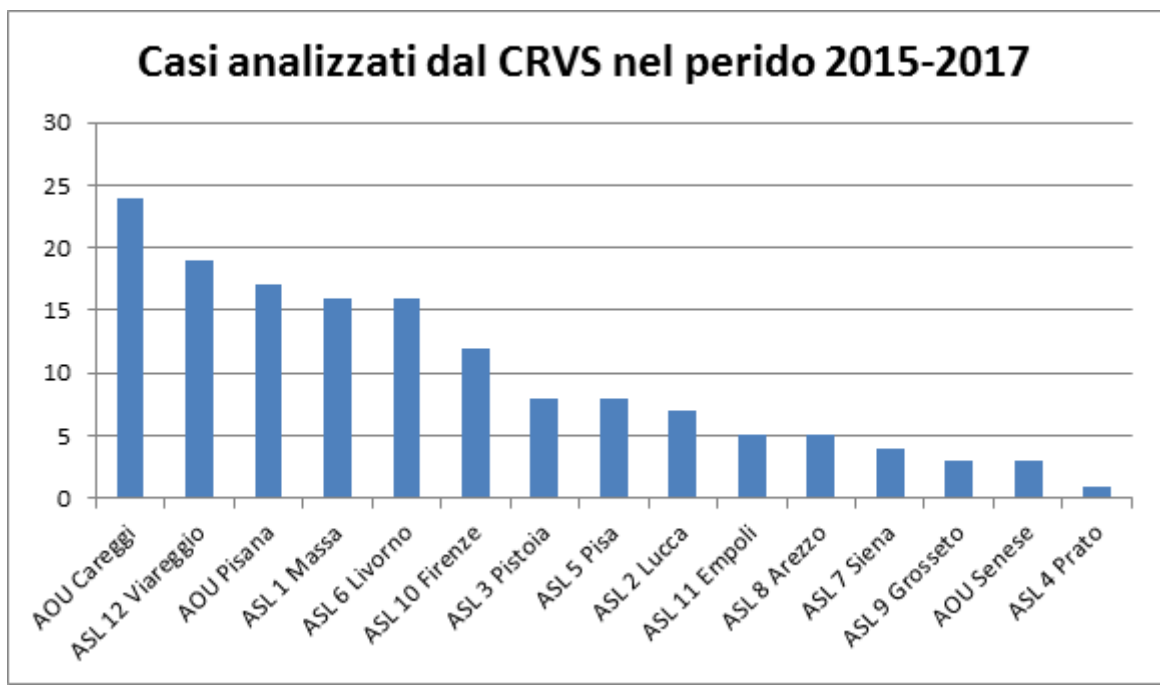


Figura 11 – Numero richieste di risarcimento danni complessivamente analizzate dal CRVS. È opportuno precisare che non tutta la casistica è superiore a euro 500.000.

La differenza economica, fra le valutazioni avanzate da parte attrice, complessivamente giunte al CRVS per i tre anni di attività considerati (per un totale di 60,9 milioni di euro) e quanto è stato successivamente proposto dal detto Comitato (28.5 milioni di euro), è di 32,3 milioni di euro.

Le alte competenze presenti nel CRVS hanno teso a ridurre o a incrementare l'ammontare degli importi a seguito di una analisi stringente e comparata dei casi, talvolta anche rivedendo il giudizio sull'an del risarcimento. È opportuno far presente che tali differenze dovranno progressivamente attenuarsi in relazione a una crescita di competenza nella valutazione del quantum da parte dei Comitati Gestione Sinistri aziendali, anche a seguito della formazione svolta, che verrà rinnovata con la piena operatività del nuovo Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Clinico (Si-Grc).

Riscontriamo che alcune Aziende Sanitarie, dato il numero esiguo di valutazioni in sede di CRVS, non utilizzano ancora in maniera adeguata lo strumento della "second opinion", nonostante il numero di pratiche aperte di valore superiore ai 500.000,00 euro e nonostante anche le indicazioni venute dall'Assessorato alla Salute e dai docenti intervenuti nel Corso di formazione concluso lo scorso anno, che individuano nel CRVS uno strumento che dovrebbe assicurare le singole Aziende dinanzi alla Corte dei Conti, e quindi fortemente raccomandato.

1.3 Stato dell'arte del Sistema integrato per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente

Nel corso del 2017 le attività che hanno richiesto uno sforzo importante per quanto riguarda lo sviluppo sono:

- importazione dello storico delle richieste di risarcimento da vecchio applicativo regionale SRGC al nuovo Si-Grc (10821 richieste in gestione diretta e 4702 in gestione assicurativa);
- controllo e verifica dei dati importati (richieste dal 2010 al 2016 in gestione diretta e anni precedenti in gestione assicurativa);
- funzioni di gestione storico per l'aggiornamento delle richieste di risarcimento a seguito dell'importazione;
- implementazione pannello SIMES per richiesta risarcimenti per soddisfare il debito ministeriale;
- invio dati Eventi Sentinella da Si-Grc ad applicativo ministeriale NSIS- SIMES;
- invio dati richieste di risarcimento da Si-Grc ad applicativo ministeriale NSIS- SIMES;
- notifica tramite email sugli stati di avanzamento del processo su modulo Incident Reporting, Cadute, Eventi Sentinella alle varie figure (ruoli) coinvolti nella gestione.

I dati inseriti su applicativo sono stati utilizzati per elaborare gli indicatori del bersaglio MeS per quanto concerne Reporting & Learning System, cadute, eventi sentinella, numero richieste di risarcimento ed efficienza Comitato Gestione Sinistri.

1.4 Choosing wisely

Dal 2013 il Centro GRC sta lavorando, in collaborazione con ARS, sul tema dell'appropriatezza clinica ed organizzativa a partire dall'esperienza americana promossa dalla associazione professionale medica ABIM Foundation che ha prodotto il conosciuto documento "Choosing Wisely". Le società scientifiche americane sono state chiamate a identificare cinque test diagnostici o procedure terapeutiche, di uso frequente ognuna nella rispettiva disciplina, la cui necessità è considerata dubbia o discutibile. Si tratta di un'iniziativa finalizzata a incoraggiare i medici e i cittadini a distinguere, fra le procedure diagnostico-terapeutiche, quelle necessarie da quelle non necessarie. Nel 2014, 52 società scientifiche americane avevano pubblicato le loro liste per complessivamente 280 test e trattamenti sanitari ad alto rischio di inappropriatezza.

A partire da questa esperienza il Centro GRC ha avviato tavoli di lavoro con esperti del sistema sanitario regionale e i coordinatori delle sezioni regionali delle differenti società scientifiche per valutare la trasferibilità al contesto toscano delle indicazioni fornite dalla letteratura internazionale e individuare le azioni di contenimento più adeguate delle prestazioni non basate su evidenze/inappropriate. I tavoli hanno prodotto un documento di indirizzo rispetto ai rischi di inappropriatezza in allergologia, radiologia, medicina nucleare, oncologia, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, medicina interna e medicina generale. Per alcune discipline sono stati anche messi a punto strumenti di supporto alla presa di decisioni. In ambito radiologico, ad esempio, è stata elaborata una checklist che motivi la necessità o NON dell'esame per cefalea non complicata mentre per l'ambito nefrologico e allergologico sono state fatte valutazioni di natura economica rispetto alla scelta di determinati interventi diagnostici o clinici. Il documento è stato inoltre condiviso con il GART in quanto il coinvolgimento dei pazienti consente di rendere anche gli utenti

consapevoli del differente valore correlato alle diverse procedure e di porli in condizione di interagire con maggiore consapevolezza con il proprio medico.

Il lavoro del Centro GRC è stato condiviso anche a livello nazionale nell'ambito del Comitato Tecnico delle Regioni e PP.AA per la sicurezza delle cure ed è convogliato in un documento congiunto promosso dal Comitato e da Slow Medicine.

2. Pratiche per la Sicurezza del Paziente 2017

Nel corso del 2017 sono state messe a punto nell'ambito di vari gruppi di lavoro le seguenti pratiche per la sicurezza.

- Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: siringhe, pompe-siringhe, flebo
- Checklist per la sicurezza della nascita
- Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico in ostetricia
- Prevenzione cadute dei pazienti pediatrici
- Gestione della distocia di spalla
- Prevenzione e gestione emorragia post-partum
- Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico
- Gestione della relazione e della comunicazione interna e con il cittadino e/o familiari per gli eventi avversi
- RLS
- Medication Trigger Tool
- Corretta identificazione del paziente
- Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici

2.1 Monitoraggio pratiche per la sicurezza

Al fine di monitorare l'applicazione delle pratiche per la sicurezza per l'anno 2017, è stata implementata una soluzione desktop per rilevare i seguenti dati, abbinando anche le richieste del questionario LEA ministeriale:

- monitoraggio applicazione pratiche per la sicurezza nelle singole unità operative, dipartimenti e presidi ospedalieri (suddivisi per bundle);
- monitoraggio applicazione raccomandazioni ministeriali nelle aziende ospedaliere universitarie e nelle aziende unità sanitarie locali (nord ovest, centro e sud est);
- centralizzazione allestimento antineoplastici;
- applicazione checklist di sala operatoria nelle unità operative chirurgiche.

Per quanto riguarda l'applicazione delle pratiche per la sicurezza, la soluzione desktop permetteva sulla base dell'organigramma aziendale di autocertificare la pertinenza e applicazione della pratica, la mancata applicazione o la non pertinenza (Figura 12).

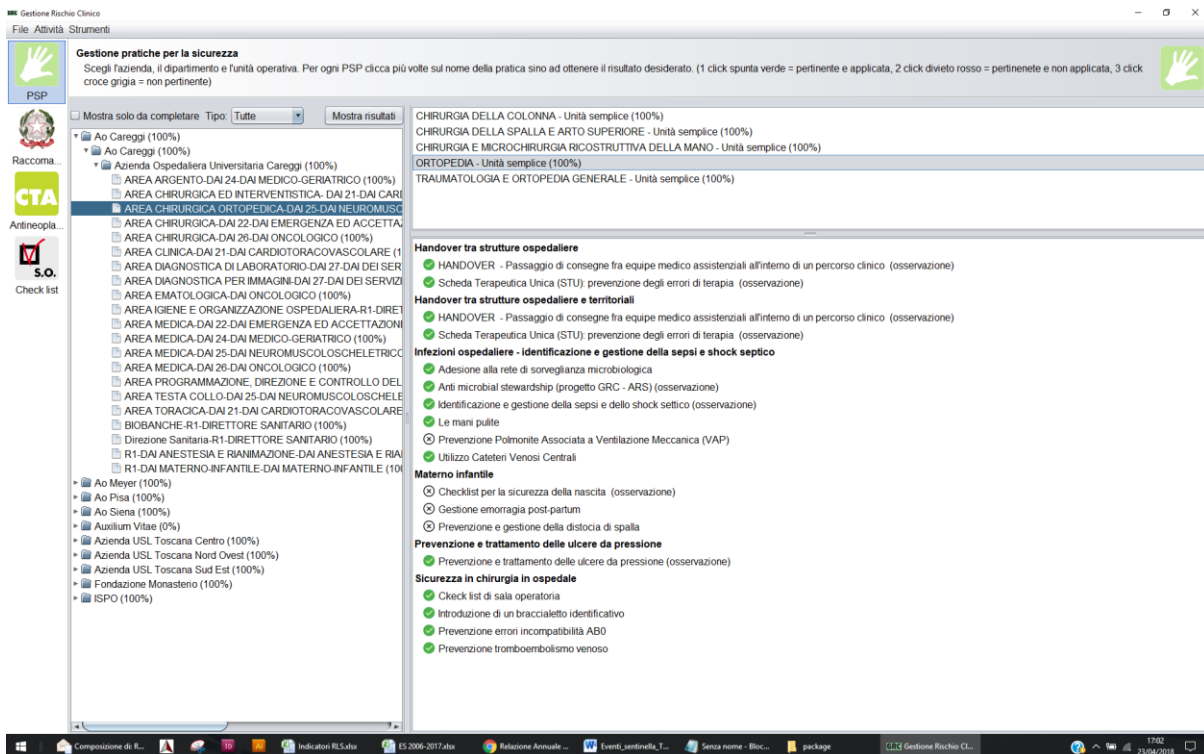


Figura 12 – Esempio di auto attestazione di applicazione delle pratiche per la sicurezza

L'applicazione delle pratiche prevedeva per il 2017 i seguenti bundle:

- Handover tra le strutture ospedaliere
- Handover tra le strutture ospedaliere e territoriali
- Infezioni ospedaliere - Identificazione e gestione della sepsi e shock settico
- Materno infantile
- Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione
- Sicurezza in chirurgia

Parte delle pratiche rientrano tra quelle oggetto di valutazione per il calcolo dell'indicatore e una parte in osservazione (le più recenti) per le quali non tutte le aziende hanno avuto strumenti e tempo sufficienti per l'implementazione.

Per quanto riguarda l'adesione alle pratiche relative alla sicurezza in chirurgia, l'unico indicatore di valutazione delle pratiche per quest'anno, dai dati dichiarati emergono ancora alcune criticità (Figura 13) AOU Careggi 82%, AOU Pisana 69%, Azienda USL Toscana Sud Est 80%). Relativamente al bundle delle pratiche per la sicurezza delle cure nell'area materno infantile e nell'area delle infezioni, quest'anno considerate di osservazione, in quanto includono alcune nuove pratiche come la checklist per la sicurezza in sala parto e l'adesione al percorso per la prevenzione e gestione della sepsi, è possibile affermare che ci sono ancora buoni margini di miglioramento (vedi Tabella 3) nonostante si raggiunga già una buona adesione alle azioni considerate chiave secondo le indicazioni nazionali e internazionali.

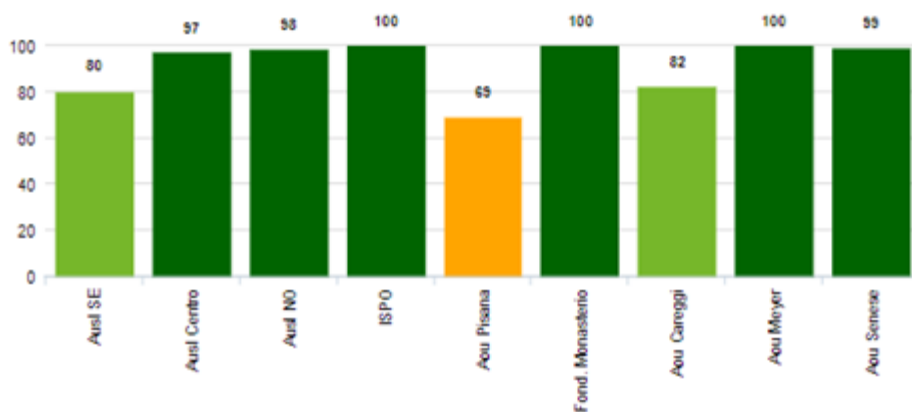


Figura 13 - Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale 2017

Azienda	Percentuale adesione pesata*
Ao Meyer	
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	100,00%
Ao Pisa	
Materno infantile	50,00%
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	100,00%
Ao Siena	
Materno infantile	100,00%
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	100,00%
Azienda USL Toscana Centro	
Materno infantile	100,00%

Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	95,60%
Azienda USL Toscana Nord Ovest	
Materno infantile	61,50%
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	70,90%
Azienda USL Toscana Sud Est	
Materno infantile	78,75%
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	73,70%
Fondazione Monasterio	
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	38,70%
ISPO	
Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico	100,00%
<p>*Materno infantile - Pesì</p> <p>Gestione della distocia di spalla (25%)</p> <p>Prevenzione e gestione dell'emorragia post-partum (25%)</p> <p>Applicazione della checklist di sala parto (50%)</p> <p>*Infezioni ospedaliere - identificazione e gestione della sepsi e shock septico - Pesì</p> <p>" Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico (nel percorso PS - area Medica/area Materno infantile/area Chirurgica- Terapia Intensiva/Sub-intensiv/HDU) (30%)</p> <p>Antimicrobial stewardship (30%)</p> <p>Le mani pulite (10%)</p> <p>Adesione alle rete di sorveglianza microbiologica (10%)</p> <p>Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) (10%)</p> <p>Utilizzo cateteri venosi centrali (10%)"</p>	

Tabella 3 – Bundle delle pratiche per la sicurezza delle cure nell'area materno infantile e nell'area delle infezioni

Per quanto riguarda la sperimentazione della checklist di sala parto, nel 2017 sono stati pubblicati sulla rivista internazionale *Ergonomics* i risultati della sperimentazione (2015-2016) condotta presso l'Ospedale Santo Stefano di Prato, che ha mostrato una correlazione statisticamente significativa tra la presenza della checklist di sala parto e la presenza del partogramma correttamente compilato in cartella. Visti di risultati di Prato, si è deciso di estendere l'esperienza a tutti i punti nascita dell'USL Toscana Centro e si è pertanto costituito un tavolo multidisciplinare che ha lavorato all'adattamento della primo prototipo di checklist per renderlo aderente al flusso di lavoro dei diversi punti nascita. La versione adattata della checklist è stata condivisa con gli operatori attraverso incontri di formazione presso i vari presidi e all'inizio del 2017 è iniziata la sperimentazione anche presso l'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio, Ospedale Santa Maria Annunziata, Ospedale Borgo San Lorenzo, Ospedale di Pistoia ed Empoli. All'inizio del 2018 è prevista la conclusione della sperimentazione presso l'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio e l'avvio della fase di analisi i cui risultati verranno confrontati e poi aggregati con quelli di Prato.

Per quanto concerne le pratiche di area pediatrica si rimanda al paragrafo *“La sicurezza delle cure e del paziente pediatrico”*.

3. Attività di ricerca e sviluppo

3.1 La sicurezza delle cure e del paziente nell'area materno infantile

Il Centro GRC ha iniziato nel 2016 a lavorare sulla realizzazione delle azioni prioritarie per l'area materno infantile a livello regionale promuovendo attività di formazione e interventi specifici per le differenti aziende in particolare per quanto concerne la sicurezza in sala parto. Si tratta di una area molto sensibile e particolarmente esposta a risarcimenti di rilevante entità.

Con delibera "Sicurezza e Qualità delle cure nel percorso nascita: Linea di indirizzo regionale" (DGR 673 del 12/07/2016) è stato approvato a livello regionale un documento di indirizzo sul percorso materno-infantile che, a partire dalla letteratura disponibile e dell'esperienza maturata in ambito regionale, si è proposto di identificare alcune azioni e interventi che concorrano a ridurre ulteriormente il rischio ostetrico-ginecologico e finalizzate al miglioramento delle seguenti aree:

- sicurezza e qualità delle cure ostetriche;
- qualità dell'esperienza di parto delle donne;
- efficacia del percorso di vera relazione di cura.

Il documento ha individuato alcune aree di miglioramento e relativi interventi:

- relazione di cura della donna sul territorio;
- coordinamento del percorso nascita all'interno dell'ospedale;
- sicurezza in sala parto;
- prevenzione della sepsi in ostetricia;
- la gravidanza come finestra sulla salute futura della donna;
- gestione del neonato critico;
- network per simulazione e re-training;
- sviluppo e cura del gruppo di lavoro e supporto all'inter-professionalità intra/inter-unità operative.

Rispetto a queste aree, il Centro GRC nel 2017 ha realizzato le seguenti attività:

- promozione di metodologie di formazione continua del team in sala parto basate sui principi dell'auto-organizzazione e della simulazione;
- rafforzamento del network dei centri di simulazione e avvio di percorsi di formazione;
- definizione del gruppo di esperti e del programma di lavoro per la messa a punto la pratica per prevenzione della sepsi in ambito ostetrico;
- revisione delle pratiche per la sicurezza sulla prevenzione e gestione dell'emorragia post-partum e della distocia di spalla e dei relativi poster;
- definizione del gruppo di esperti e del programma di lavoro per la messa a punto delle nuove pratiche di sicurezza sulla checklist di sala parto e l'uso degli ultrasuoni in gravidanza
- Incontro di formazione sulla sicurezza del percorso nascita sul territorio e definizione di un programma di lavoro da avviarsi nel 2018 focalizzato soprattutto sulle modalità di

comunicazione e passaggio di consegne tra territorio-ospedale-territorio dalla gravidanza fino al post-partum.

3.2 La sicurezza delle cure e del paziente pediatrico

La sicurezza delle cure è stata identificata come un elemento strategico dell'attività clinico-assistenziale anche in ambito pediatrico. I dati epidemiologici e le evidenze di letteratura riferite a questo contesto specifico sono minori e la necessità di confrontare esperienze esistenti e soluzioni applicate in contesti organizzativi differenti è ancora molto elevata. Sono state espresse a livello europeo alcune raccomandazioni rispetto allo sviluppo di standard per la sicurezza del paziente in pediatria in cui si sottolinea la necessità di implementare pratiche per la sicurezza specifiche per questo contesto. In regione Toscana, l'applicazione di tali pratiche, attraverso il sistema delle buone pratiche sviluppato dal Centro GRC, ai contesti pediatrici ha fatto emergere la necessità di contestualizzare i contenuti, valutando le specificità del contesto pediatrico.

Nel 2017, nell'ambito della Convenzione sottoscritta con AOPI, si è tenuto il primo incontro programmatico del tavolo nazionale rischio clinico in seno ad AOPI e sono state definite le aree di priorità:

- avviare uno studio multicentrico sull'incidenza degli eventi avversi in ambito pediatrico attraverso revisione di cartelle cliniche;
- mettere a sistema pratiche per la sicurezza a livello nazionale su temi prioritari in ambito pediatrico promuovendo un libretto delle raccomandazioni in ambito pediatrico sulle seguenti aree: handover, sepsi, percorso chirurgico;
- attivare un gruppo che lavori sulla nuova area tematica della terapia/percorso del farmaco con particolare riferimento a dosaggi e interruzioni.

Rispetto alle attività regionali, il 2017 ha visto la conclusione della sperimentazione delle due nuove pratiche di sicurezza: "PEWS", "prevenzione delle cadute" e l'analisi dei risultati di applicazione di entrambe.

Rispetto alla pratica del PEWS l'analisi statistica è stata condotta su un campione di 5908 pazienti ricoverati in ospedali della Regione Toscana.

L'analisi ha mostrato un'alta specificità dello strumento ma una sua bassa sensibilità per i vari score. I migliori valori di sensibilità e specificità sono risultati per valori dello score <2 (Sensibilità 35.6%; Specificità 89%, AUC della curva ROC: 0.678). Si è pertanto approfondito l'analisi andando a valutare il peso di ogni singolo parametro sul calcolo del punteggio complessivo per valutare l'eventuale modifica del set di parametri da valutare. Entro la prima metà del 2018 si prevede di rilasciare una nuova scala di valutazione modificata sulla base dei risultati dell'analisi del primo test pilota. La nuova scala verrà nuovamente sottoposta ad un test pilota al fine di rilasciare lo strumento definitivo.

Rispetto alla pratica per la prevenzione delle cadute, l'analisi dei dati raccolti a seguito della sperimentazione della scala Humpty Dumpty validata per la lingua italiana HDFS-ita (campione di 1500 bambini ricoverati in ospedali della Regione Toscana), ha inizialmente mostrato una performance predittiva scadente (Sensibilità 77.8%, Specificità 36.6%, AUC della curva ROC: 0.593). A seguito di una valutazione del peso dei singoli parametri su sensibilità e specificità, è stata individuata una nuova versione della HDFS-ita composta da soli tre items con cut-off pari a 7, da utilizzare solo per soggetti tra 12 mesi e 16 anni,

chiamata HDFS-ita-M, con una performance predittiva migliore della HDFS-ita ma sempre poco soddisfacente (Sensibilità 77.8%, Specificità 53.3%, AUC della curva ROC: 0.670). Utilizzando i dati raccolti nella fase 2 è stata messa quindi messa a punto una nuova scala con performance e predittiva soddisfacente dal punto di vista statistico e clinico (Sensibilità 88.9%, Specificità 41.9%, AUC della curva ROC: 0.820). La Scala, da utilizzare solo per soggetti tra 12 mesi e 16 anni, ha 6 items, cut-off pari a 7 (per ulteriori dettagli si veda report Studio di validazione linguistico-culturale in italiano della scala per la determinazione del rischio di caduta del bambino ospedalizzato “Humpty Dumpty Fall Scale” a cura del Prof. Festini, Unità di Ricerca e Didattica in Infermieristica, AOU Meyer).

3.3 Consulta per la Pediatria - sicurezza delle cure

Il Centro GRC fa parte delle Consulta Tecnico Scientifica per la Pediatria Regionale che è stata costituita con delibera della Giunta Regionale nel 2016 (DGR 707/2016) con l’obiettivo di introdurre un modello innovativo dell’assistenza ai pazienti pediatrici e promuovere un’organizzazione che metta in rete tutte le strutture regionali, ospedaliere e territoriali, che si occupano di pazienti pediatrici. Nell’ambito della Consulta sono stati attivati tavoli di lavoro tematici tra cui quello sulla sicurezza ed il rischio clinico del quale il Centro GRC ha il coordinamento.

Nel 2017 hanno preso avvio i lavori di questo tavolo che si sono incentrati fondamentalmente su:

- la definizione di un protocollo di studio per la valutazione dell’incidenza degli eventi avversi legati al percorso del farmaco (prescrizione, preparazione e somministrazione) in ambito pediatrico. Il protocollo prevede il calcolo dell’incidenza attraverso una revisione retrospettiva di cartelle cliniche con l’applicazione del metodo del Trigger Tool. Il progetto di ricerca regionale si inserisce nell’attività che il Centro GRC sta coordinando a livello nazionale con l’Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani che prevede l’applicazione del medesimo protocollo agli ospedali facenti parte della rete AOPI;
- un lavoro di raccolta delle pratiche di sicurezza e delle esperienze messe a punto e applicate nelle pediatrie della regione. È stata anche proposta la realizzazione di audit congiunti tra ospedali e pediatria di libera scelta per l’identificazione proattiva di aree di criticità e l’attivazione di un tavolo ad hoc che lavori sui cardini della campagna OMS “*medication without harm*” focalizzandosi su dosaggi e interruzioni. Infine si è iniziato a mettere a punto indicatori specifici per la sicurezza del paziente pediatrico in collaborazione con il MeS.

3.4 Identificazione, gestione e trattamento della sepsi e dello shock settico

La Regione Toscana ha attivato il tavolo regionale di lotta alla sepsi istituito con la DGR 752 del 10-07-2017 e successivi decreti (novembre 2017) coinvolgendo il Centro GRC nel coordinamento con il supporto di ARS - Agenzia Regionale di Sanità.

La delibera presenta un piano di lavoro organizzato su 6 linee di attività:

1. sapere come diagnosticare e trattare la sepsi;
2. ridurre i ritardi per salvare vite: aumentare la consapevolezza della sepsi nella popolazione e tra i professionisti;
3. costruire un sistema integrato per il monitoraggio e la sorveglianza;
4. supportare nel percorso microbiologico (Stewardship Diagnostica);
5. supportare nei programmi di stewardship antibiotica e lotta alla sepsi;
6. migliorare l'identificazione ed il trattamento della sepsi e dello shock settico in tutti i setting clinico assistenziali.

La sepsi è un'emergenza medica. È definita come una disfunzione d'organo che mette in pericolo la vita causata da una disregolata risposta dell'ospite all'infezione. Lo Shock Settico è un sottogruppo della Sepsis in cui profonde anomalie circolatorie, cellulari e metaboliche sono associate con un aumento di mortalità rispetto alla sola sepsi. La sepsi è una patologia tempo dipendente. La mortalità per shock settico aumenta dell'8 % per ogni ora trascorsa al di fuori di un percorso clinico sicuro e validato. In base all'analisi dei casi rilevati tramite il sistema SI-GRC la sepsi è un evento avverso per la sicurezza del paziente quando:

- non viene diagnosticata in tempo;
- non viene diagnosticata correttamente;
- viene diagnosticata correttamente ma viene perso tempo in uno dei setting del percorso;
- viene diagnosticata correttamente ma non trattata in modo corretto (non nel setting giusto, con tempi non adeguati, in maniera inappropriata) ovvero non in linea con le buone pratiche della surviving sepsis campaign e delle società scientifiche di riferimento.

Inoltre se non vengono attuate le misure di prevenzione la sepsi può essere generata da un'infezione correlata all'assistenza (ICA) - un evento avverso di per sé.

Nel 2017 si è tenuto il primo incontro programmatico del gruppo regionale di lotta alla sepsi. Di seguito riportiamo le attività programmate.

- Impostare un piano d'azione per ridurre i possibili ritardi nell'identificazione del paziente agendo su tutto l'arco del percorso del paziente (domicilio-cure primarie-118-triage-DEU-reparti-fino alla terapia intensiva) attraverso la definizione di un protocollo di intervento 118 - DEA (vedi sotto)
- Definire delle azioni per aumentare la consapevolezza dei rischi della sepsi attraverso una campagna comunicativa rivolta ai cittadini ottenendo l'accordo della Global Sepsis Alliance a tradurre entro maggio 2018 in italiano il video "Sepsis Explained Easily in 3 minutes"
- Definire un piano di formazione per la Medicina Generale sull'identificazione precoce della sepsi
- Attivare una sinergia con il gruppo regionale PREIT (Piano Regionale Emergenza Intraospedaliera) per definire le linee di intervento nei casi di chiamata del gruppo di emergenza intraospedaliera per sospetta Sepsis e Shock settico.

Nel 2017 Il centro Gestione rischio clinico, in collaborazione con il FORMAS e con i clinici che supportano le attività di lotta alla sepsi, ha messo a punto e progettato il modulo formativo "Identificare e Gestire la Sepsis

al Pronto Soccorso". Il modulo presenta 4 casi clinici e attraverso domande e test in itinere, pone il discente di fronte ai punti importanti delle linee guida per la corretta identificazione e gestione della sepsi.

L'identificazione del paziente con sospetta infezione grave è uno degli aspetti più importanti per l'avvio di cure tempestive e appropriate che, nel caso della sepsi, possono in molti casi fare la differenza in termini di mortalità. Al pronto soccorso è particolarmente importante individuare i pazienti con sospetta infezione già nelle fasi di triage per poi passare ad un accertamento medico che accerti attraverso i parametri vitali lo stato di infezione che possa virare verso uno stato di sepsi e inizi il trattamento adeguato.

Nel 2017 sono state definite e messe a punto due pratiche per la sicurezza per l'identificazione e la gestione rapida della sepsi e dello shock settico:

- identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico al pronto soccorso;
- identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico in ostetricia.

In base ai dati di auto-attestazione, nel 2017 l'applicazione di entrambe le pratiche collocate all'interno del bundle "Infezioni ospedaliere - Identificazione e gestione della sepsi e shock settico" va dal 95% al 100%.

3.5 Identificazione e gestione della Sepsì Pediatrica

Il centro GRC in collaborazione con la rete dell'emergenza pediatrica coordinata dallo AO Meyer ha lavorato alla produzione di un documento che descrive gli elementi cardine di un modello di Percorso per l'identificazione e la gestione del paziente pediatrico con sepsi (età 29 giorni-16 anni).

L'identificazione tempestiva del paziente con sepsi si basa sull'impiego sistematico di una procedura di valutazione, sulla rivalutazione clinica programmata, sul riconoscimento delle soglie di allerta e la conseguente attivazione di azioni di risposta in base ad algoritmi decisionali.

In aderenza alla letteratura internazionale e ai modelli messi a punto dal NICE.

Il documento in elaborazione si focalizza su questi tre punti:

1. considerare i fattori di rischio;
2. accertare l'infezione e il danno d'organo applicando il SOFA Score pediatrico;
3. iniziare la terapia antibiotica empirica secondo schemi validati e condivisi.

Di seguito riportiamo gli obiettivi per mettere in atto il sistema di lotta alla sepsi:

- predisporre un sistema di inquadramento del paziente con algoritmo decisionale (soglie di rivalutazione e di allerta);
- definire le modalità di azione e di intervento in base ai diversi livelli di allerta (infermiere senior, medico di guardia, "Team di Risposta Rapida", "Outreach Team" o altra modalità);
- predisporre una procedura aziendale per l'emergenza intraospedaliera e l'attivazione del team di risposta rapida;
- predisporre sistemi di comunicazione standardizzata tra operatori (infermieri e medici) per la pronta e completa comunicazione dei dati relativi alla situazione del paziente (metodo Situation Background, Assessment, Recommendation – SBAR).

3.6 Sicurezza delle cure nelle carceri toscane

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione della rete delle strutture carcerarie toscane, la Regione Toscana ha attivato un tavolo di lavoro coinvolgendo il Centro Gestione Rischio Clinico regionale e i Referenti per la salute in carcere con il mandato di valutare criticità e punti di forza di tale rete e attivare un piano di interventi volti a migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza offerta ai detenuti delle carceri toscane. Nel corso degli incontri, iniziati nel secondo semestre del 2017, sono stati affrontati temi relativi ad interventi migliorativi sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza psichiatrica offerta ai detenuti, con l'esigenza di estendere l'attenzione anche alle cure primarie e al rapporto tra le strutture carcerarie e i servizi sanitari territoriali.

Si è ritenuto altresì importante il coinvolgimento del personale non clinico dell'amministrazione penitenziaria presente nelle strutture carcerarie che partecipa alla gestione dei detenuti e che interagisce con il personale sanitario nella gestione del percorso di cure dei detenuti.

Il tavolo di lavoro ha convenuto che la metodologia più adeguata a condurre tale tipo di lavoro sia quella del "patient safety walkround", da tenersi nei presidi sanitari di tutti i penitenziari regionali. Le visite saranno condotte seguendo l'approccio ergonomico e del fattore umano che, attraverso un'analisi di sistema, si concentra sulla valutazione di eventuali criticità relative ai fattori ambientali, organizzativi, legati alla comunicazione e alla formazione.

Per l'inizio del 2018 è stato pianificato un incontro metodologico con il gruppo il gruppo che condurrà le visite e che sarà composto da:

- 1 o 2 rappresentanti del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente;
- 1 o 2 esperti esterni di cui 1 Clinical Risk Manager dell'Azienda Sanitaria coinvolta e 1 esperto dell'area della salute mentale/psichiatria;
- 1 referente del servizio psichiatrico del penitenziario;
- 1 referente del dipartimento di salute mentale del territorio competente;
- 1 o 2 rappresentanti del Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi di Cronicità della Direzione Regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale;
- 1 o 2 rappresentanti del Centro di Riferimento regionale sulle Criticità Relazionali;
- 1 o 2 referenti dell'amministrazione penitenziaria.

È stato predisposto il calendario provvisorio delle visite che partiranno nella seconda metà del 2018.

3.7 Progetto Persona – La Buona Cura. La promozione della sicurezza, della qualità dell'assistenza e delle relazioni nei percorsi socio-sanitari

Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del paziente, con il Centro di riferimento regionale sulle Criticità Relazionali, l'Agenzia regionale di sanità della Toscana e l'Associazione italiana malattia di Alzheimer, ha avviato nel 2016 il progetto sperimentale "Progetto Persona - La Buona Cura" con l'obiettivo di conoscere le criticità e le buone prassi in essere nelle strutture socio-sanitarie al fine della promozione della cultura della sicurezza e dell'imparare dall'errore, per introdurre cambiamenti per il miglioramento continuo della qualità delle cure.

Concluse le attività di raccolta, elaborazione e revisione dei dati raccolti durante le visite nelle 4 strutture socio-sanitarie partecipanti al progetto (8 sessioni di osservazione della durata media di 8 ore e 30 minuti

da parte dei due osservatori, per un totale di 134 ore di osservazione), si è passati alla pianificazione e alla realizzazione dell'intervento che è stato di tipo partecipativo con il personale di la RSA C rurale con basso indice di performance dell'area vasta sud-est.

È stato eseguito uno studio-intervento sul campo della durata di due giornate con 2 gruppi di dipendenti composti da diverse figure professionali: OSS, OSA, ADB, infermieri del vecchio ordinamento, infermieri con laurea, educatore, coordinatore infermieristico, fisioterapisti. L'incontro sul campo è stato tenuto da un ergonomo, un'esperta in comunicazione e un'infermiera. Durante gli incontri interattivi è stata condotta l'analisi tematica in tempo reale delle esperienze di casi critici e di buone pratiche riferite dagli operatori sui temi più rilevanti emersi: infezioni, disturbi del comportamento, alimentazione, gestione emergenza. Al personale coinvolto sono stati richiesti – in relazione ai temi sopra indicati - l'analisi delle azioni, convenzioni e competenze che mettono in atto per la gestione, le criticità, l'individuazione dei possibili interventi per il miglioramento in termini di sicurezza e qualità. A distanza di due mesi sono stati condotti l'osservazione sul campo e interviste (follow up 1) in cui sono stati analizzati i risultati emersi nella fase precedente ed è stata rieseguita un'osservazione sul campo per verificare la presenza di azioni migliorative in termini di efficacia, efficienza e sicurezza delle cure, con analisi degli indicatori di processo.

Il progetto prevede la realizzazione degli interventi in tutto il campione di RSA partecipanti, per la validazione del metodo e verifica dell'efficacia in termini di andamento della performance, sulla base dei dati prodotti routinariamente dalle RSA per alimentare il sistema di valutazione.

Gli indicatori di processo sono quelli prodotti dall'analisi sul campo, le interviste e l'analisi dei mandati chiesti ai professionisti delle RSA nella fase precedente il follow up 1, ovvero:

- risoluzione degli scenari emersi come critici: infezioni, disturbi del comportamento, alimentazione, gestione emergenza;
- adesione alle buone pratiche;
- gestione dei rischi;
- azioni correttive di miglioramento nella pratica clinica, assistenziale, educativa e riabilitativa
- approccio induttivo ai problemi.

Gli indicatori di esito inclusi nel progetto sono quelli prodotti dalla struttura per rispondere ai requisiti di accreditamento e valutazione della performance. Tali dati possono essere reperibili dalle revisioni annuali del MES e dalle cartelle infermieristiche e mediche, a partire dai dati che la struttura produce routinariamente per partecipare al sistema di valutazione della performance:

- gestione dei disturbi comportamentali;
- ricoveri ospedalieri;
- invii al pronto soccorso;
- prevalenza di infezioni;
- numero di cadute;
- numero di fughe;
- variazioni della terapia farmacologica e appropriatezza prescrittiva;
- numero di soffocamenti e ostruzioni vie aeree;
- numero di contenzioni fisiche e farmacologiche;
- numero di ulcere da pressione;
- infortuni assistiti;
- incontinenza e gestione dell'incontinenza;
- gestione del dolore.

3.8 Accademia del Cittadino e GART: la partecipazione dei cittadini per la sicurezza delle cure

Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del paziente promuove il coinvolgimento attivo dei cittadini e pazienti da quasi dieci anni con programmi annuali e pluriennali di attività di formazione e partecipazione ai gruppi di lavoro specifici per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Nello specifico, nel 2017 sono stati organizzati due incontri periodici del Centro GRC con il GART per la programmazione delle attività di collaborazione sui temi prioritari del programma di iniziative del Centro GRC, anche alla luce della recente approvazione della Legge “Gelli” sulla sicurezza delle cure e la responsabilità sanitaria, che richiede un sostegno e una partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti per la realizzazione degli articoli iniziali sulla sicurezza dell’assistenza sanitaria.

Questi i punti cardine, condivisi anche a livello nazionale nell’ambito del comitato delle regioni, per il coinvolgimento e l’empowerment dei cittadini nei percorsi di qualità e sicurezza delle cure:

- coinvolgimento del paziente come obiettivo esplicito e misurabile nei piani di programmazione regionali e nei programmi regionali per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico;
- inserimento dello sviluppo della partecipazione dei cittadini tra le funzioni del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario;
- sviluppo a livello regionale di una rete di cittadini e di rappresentanti delle associazioni (formazione di cittadini esperti);
- accompagnamento al percorso di empowerment dei cittadini attraverso Programmi di formazione regionale che coinvolgano anche i professionisti sanitari per una cultura diffusa della partecipazione;
- coinvolgimento della rete dei cittadini nelle iniziative e nei progetti regionali e nazionali per la qualità e la sicurezza delle cure es: PNE, Liste attese;
- partecipazione dei cittadini ai gruppi di lavoro regionali per la costruzione di PDTA e per i giri per la sicurezza.

Appropriatezza

Nell’ambito di un più ampio progetto regionale sull’ “Appropriatezza Praticata” condotto dall’Agenzia Regionale di Sanità, è stato organizzato un incontro congiunto ARS-GRC-GART per far emergere (metodologia Metaplan) le esperienze, le percezioni e opinioni legate al concetto di appropriatezza comunicato dal servizio sanitario toscano.

HTA

All’interno del programma della Commissione HTA (Health Technology Assessment) della Regione Toscana, come previsto dalla Delibera 302/2016 (L.R. 40/2005, art. 10, comma 4 quinquies). Approvazione linee di indirizzo per le attività di valutazione e per le modalità di funzionamento della Commissione per la valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari), le associazioni di pazienti e di tutela dei cittadini sono state coinvolte in qualità di stakeholder per portare il loro punto di vista nei processi di valutazione delle tecnologie in sanità. Il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e di tutela dei diritti dei cittadini è ritenuto fondamentale per il contributo che i cittadini possono portare in merito alla propria esperienza d’uso rispetto alla specifica tecnologia. Con l’intento di iniziare a colmare il gap di conoscenza, per facilitare l’acquisizione di conoscenze relative alla terminologia utilizzata nell’HTA, ai meccanismi che ne regolano il processo di produzione, al contesto istituzionale e ai soggetti che sono a vario titolo coinvolti, alcuni

membri del GART hanno partecipato ad una giornata di formazione sui temi fondamentali dell'HTA, anche con l'obiettivo di avviare la costituzione di una community di riferimento.

3.9 Continuità ospedale-territorio

La Regione Toscana nel 2016 ha deliberato (DGR n.679 del 12-07-2016) un nuovo sistema per il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione istituendo le (ACOT) Agenzia di continuità ospedale territorio. Fra i compiti delle ACOT sono elencati l'adozione e la promozione degli strumenti delle principali pratiche di sicurezza per la gestione della sicurezza del paziente nelle transizioni di cura da ospedale a territorio:

- Handover;
- riconciliazione della Terapia;
- delirium;
- rischio nutrizionale;
- prevenzione del rischio cadute.

Nel 2017 Il settore regionale di riferimento ha chiesto la collaborazione del Centro Gestione Rischio Clinico per la progettazione di un piano formativo con l'obiettivo di diffondere le conoscenze di base sulle pratiche per la sicurezza e sull'utilizzo dell'analisi proattiva FMEA e delle tecniche di comunicazione per la continuità ospedale-territorio:

- "Ospedale e medicina territoriale per la gestione integrata delle dimissioni: il progetto CARED" 14 ottobre 2017 60 partecipanti;
- "Agenzia di continuità ospedale-territorio. Strumenti per le transizioni di cura nell'applicazione della DGRT 679/16: la scheda multidimensionale e la gestione del rischio clinico - I livello" 16-17 maggio 2017 21 partecipanti;
- "Agenzia di continuità ospedale-territorio. Strumenti per le transizioni di cura nell'applicazione della DGRT 679/16: la scheda multidimensionale e la gestione del rischio clinico - II livello" settembre - novembre 2017 414 partecipanti.

Al termine del ciclo di incontri il Centro Gestione Rischio Clinico in collaborazione con il settore regionale di riferimento e il supporto organizzativo del FORMAS e la rete regionale dei risk managers ha attivato un ulteriore piano formativo con l'obiettivo di formare all'interno delle ACOT la figura del facilitatore del rischio clinico e della sicurezza del paziente (DGR 679/2016) con competenze specifiche all'identificazione ed alla gestione dei rischi nelle transizioni di cura.

Il percorso formativo pensato per i facilitatori del rischio clinico e sicurezza del paziente all'interno delle ACOT aveva lo scopo di formare i partecipanti nella gestione di AUDIT relativi a criticità occorse nelle transizioni fra ospedale e territorio. Il corso, della durata di 2 mesi, prevedeva una parte in aula e una parte sul campo gestita dai clinical risk manager.

3.10 Studio multicentrico sull'impatto delle buone pratiche per la prevenzione degli errori da interruzione durante le attività infermieristiche e mediche in area medica

Lo studio sui carichi di lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari e dei pazienti in chirurgia, condotto dal Centro GRC in collaborazione con INAIL Toscana nel 2014-2015, ha confermato la rilevanza del problema nel nostro servizio sanitario, richiamando quindi la necessità a procedere con interventi di provata efficacia per ridurre il carico di lavoro connesso con le interruzioni e il multitasking, e i rischi per la sicurezza del paziente a essi connessi.

Le interruzioni quindi sono un fenomeno complesso dove più variabili, come le caratteristiche dell'attività primaria che si sta svolgendo, lo stato cognitivo dell'operatore che è stato interrotto, il tipo di interruzione e l'ambiente, possono influenzare non solo la sicurezza del paziente e il flusso del lavoro ma anche gli obiettivi che possono essere raggiunti. Il quesito principale del nuovo studio finanziato da INAIL riguarda i comportamenti che possono essere messi in atto dagli infermieri e dai medici per ridurre il rischio di errore da interruzione durante lo svolgimento delle attività assistenziali oggetto dell'osservazione (prescrizione, preparazione e somministrazione della terapia farmacologica, passaggio di consegne, giro visite dei medici, ammissioni e dimissioni, briefing).

Lo studio multicentrico, coinvolge le medicine dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Lo studio si svolgerà in 4 fasi distinte (fase 0, fase 1, fase 2, fase 3). Il gruppo di lavoro composto dal personale del Centro GRC e INAIL Toscana condurrà tutte le fasi del progetto congiuntamente, compresa la selezione delle strutture da coinvolgere, la scelta e predisposizione del protocollo di studio e degli strumenti, l'analisi ed elaborazione dei dati.

Nella fase 0 è prevista la formazione del personale che osserverà e registrerà le attività mediche e infermieristiche individuate utilizzando il metodo validato WOMBAT® (Work Observation Method By Activity Timing), che prevede l'osservazione e la classificazione delle attività in una prospettiva sistemica.

Nella fase 1 verranno eseguite le osservazioni degli infermieri e dei medici in turno con modalità shadowing da parte degli osservatori precedente formati all'impiego di WOMBAT®. Nella fase 2 nelle tre unità operative partecipanti per ciascun centro verranno implementati i tre distinti interventi. La fase 3 prevede un nuovo momento di osservazione a seguito dell'introduzione degli interventi.

3.11 Studio Handover – continuità nei servizi clinico assistenziali per il paziente adulto e nella rete pediatrica

Le transizioni di cura sono momenti critici che possono esporre i pazienti a eventi avversi e favorire fallimenti organizzativi. Il fattore umano e l'approccio alla sicurezza del paziente possono fornire metodologie efficaci per la progettazione di strumenti per migliorare la capacità degli operatori sanitari di rendere disponibili le informazioni chiave al momento giusto, garantendo la sicurezza del paziente e la continuità del percorso clinico.

Al fine di rendere esplicito ciò che promuove o ostacola le comunicazioni efficaci nelle transizioni assistenziali abbiamo coinvolto operatori sanitari di 10 coppie di unità di assistenza stazionaria (250 operatori che gestiscono 1500 passaggi di cura) in un processo di ricerca di azione. L'obiettivo era di dotare

i partecipanti delle competenze necessarie per valutare il contesto organizzativo in cui si verificano i passaggi di consegne e dare loro supporto nel sollecitare gli interventi per la costruzione di un contesto organizzativo che preveda comunicazioni più sicure nelle transizioni assistenziali.

Lo stesso lavoro è stato portato avanti nell'ambito della rete dell'emergenza pediatrica e sono stati coinvolti in collaborazione con la AOU Meyer, coordinatore della rete pediatrica, le unità operative di pronto soccorso e di pediatria. Allo scopo di capire i bisogni esistenti è stato diffuso un questionario per valutare la situazione attuale. 73 operatori (29 infermieri e 44 medici) delle unità pediatriche delle aziende AUSL Toscana Centro, Nordovest e Sudest insieme alla AOU Senese ed alla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) e 55 operatori (27 infermieri e 28 medici) dei pronto soccorso delle Aziende Toscane hanno risposto ad una indagine on line. Dall'indagine emerge come non sia utilizzato uno standard per la comunicazione telefonica e per la comunicazione scritta. Inoltre le criticità in relazione ai trasferimenti al pronto soccorso siano particolarmente presenti nei ricordi degli operatori. Allo scopo di accrescere la sicurezza nelle transizioni di cura dalle pediatrie verso l'Ospedale pediatrico Meyer sono stati organizzati 6 focus group multidisciplinari nelle 3 aree vaste allo scopo di mettere a punto due schede per il trasferimento delle informazioni con il mezzo telefonico e attraverso l'invio della scheda di handover. Le schede saranno testate durante il 2018 e rese operative.

4. Attività come Collaborating Center OMS

4.1 Collaborating Centre su fattori umani e la comunicazione

Le attività del Centro Collaboratore concordate con l'OMS si articolano secondo il seguente programma di lavoro, avviato nel 2016 e con un impegno fino al 2019, possibilmente rinnovabile sulla base dei risultati ottenuti

1. Ospitare una piattaforma di condivisione della conoscenza globale (Global Knowledge sharing platform for Patient Safety - GKPS) per migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure, per catturare e condividere l'apprendimento strutturato dal reporting degli incidenti sulla sicurezza dei pazienti e dall'applicazione di buone pratiche per la prevenzione dei rischi
2. Sostenere l'OMS nello sviluppo di metodi e soluzioni su fattori umani e comunicazione per la sicurezza e la qualità dell'assistenza dei pazienti, offrendo percorsi formativi e materiali didattici su questi temi per la formazione di base e continua degli operatori sanitari, per l'educazione dei caregiver e dei pazienti
3. Sostenere l'integrazione degli obiettivi di sicurezza e qualità nelle politiche e nelle strategie sanitarie, nella prospettiva della governance dei sistemi, e collaborare con l'OMS nel sostegno agli Stati membri mediante progetti di cooperazione e scambio culturale

4.2 Piattaforma di condivisione della conoscenza globale

La piattaforma Global Knowledge Sharing Platform

Nel 2016-2017 il Centro Collaboratore ha sviluppato il piano di lavoro e ha condotto i passaggi preliminari per progettare la piattaforma *Global Knowledge Sharing Platform (GKPS)* di condivisione delle risorse utili ad implementare la sicurezza del paziente. La piattaforma intende essere "un luogo pubblico e sicuro" che raccoglie e mette in condivisione a livello globale e in maniera sistematica le lezioni apprese dall'analisi degli incidenti allo scopo di rafforzare il potenziale formativo del verificarsi di eventi sentinella, eventi avversi e quasi eventi. Contestualmente la piattaforma raccoglierà a livello globale le pratiche e gli interventi di sicurezza di successo privilegiando quegli interventi che, pur non avendo una evidenza di letteratura, possono rappresentare delle valide soluzioni al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure in uno specifico contesto economico, geografico e culturale. Questo luogo dovrebbe avere una vita fisica e digitale: il servizio online sarà un sito all'avanguardia con funzioni di presentazione, revisione e pubblicazione, accompagnato da incontri faccia a faccia dedicati e workshop in conferenze internazionali, in modo da promuovere lo scambio di conoscenze e rafforzare la rete tra gli attori già presenti nel panorama della sicurezza e gli attori futuri, quali esperti di RLS, medici e rappresentanti della comunità dei pazienti. Questa attività è stata svolta in collaborazione con la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM).

Modulo sulle lezioni apprese dall'analisi degli incidenti alla sicurezza dei pazienti

In collaborazione con il quartier generale dell'OMS è stata creata una prima rete di esperti:

- Italia - Tommaso Bellandi, Michela Tanzini, Giuseppina Terranova e Francesco Venneri, Centro per la gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti, Firenze
- Australia - Peter Hibbert, Centre for Healthcare Resilience and Implementation Science, Australian Institute of Health Innovation Università Macquarie
- Spagna - Jesus Aranaz Andres e Josè Valencia Martín, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ospedale Universitario Ramón y Cajal, Madrid
- Regno Unito - Andrew Carson-Stevens, Università di Cardiff e Charles Vincent, Università di Oxford
- Giappone - Shin Ushiro, Japan Council for Quality in Healthcare
- Oman - Ahmed Mandhari, Ministero della Salute
- Marocco - Nejoua Belkaab, Ministero della Salute
- Canada - Stephen Routledge, Canadian Patient Safety Institute
- India- J N Srivastava, National Health Systems Resource Centre, New Delhi, India
- OMS - Liam Donaldson, inviato speciale per la sicurezza dei pazienti e Maki Kajiwara, unità per la sicurezza dei pazienti

33

È stata proposta e condivisa con gli esperti una metodologia per convalidare il potenziale di apprendimento dei Patient Safety Incident (PSI). Lo strumento online è stato selezionato e il team GRC-ICT sta al momento sviluppando il progetto che definisce i suoi requisiti generali.

Modulo sull'applicazione di buone pratiche per la sicurezza e la qualità delle cure

A oggi le principali attività svolte dal Centro per la progettazione dell'area della piattaforma dedicata alla raccolta delle pratiche e soluzioni per la sicurezza sono:

1 - Costituzione di una prima rete di esperti: la rete è composta da esperti in materia di sicurezza dei pazienti e qualità dell'assistenza provenienti da 9 paesi e rappresentanti dell'OMS. Il gruppo è multidisciplinare con esperti in ergonomia e fattore umano e clinici provenienti dai settori pertinenti coinvolti. Il gruppo è composto dai seguenti esperti:

- Italia - Sara Albolino, Giulia Dagliana, Ismaele Fusco e Monica Baroni, Centro per la gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti, Regione Toscana, Firenze
- Italia - Barbara Labella, Agenas, Roma
- Croazia- Jasna Mesarić, University of Zagreb School of Medicine
- Australia - Jeffrey Braithwaite - Centre for Healthcare Resilience and Implementation Science, Università Macquarie
- Spagna - Antonio Torres-Olivera, Agenzia andalusa per la qualità dell'assistenza sanitaria, Siviglia, Spagna
- Sudan - Ayda AbdienHago Taha, Ministero della Salute
- Brasile - Paulo Antonio Barros Oliveira e Ricardo Kuchenbecker, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Facoltà di Medicina, Dipartimento di Medicina Sociale
- Canada - Kimberly Sears, Queen's University, School of Nursing
- Canada - Sandi Kossey, Canadian Patient Safety Institute

- Portogallo - Paulo Sousa Scuola nazionale di sanità pubblica
- Sud Africa- Andrew Todd, Rhodes University
- OMS - Neelam Dhingra-Kumar, Ufficio sicurezza dei pazienti e gestione del rischio

2 - Identificazione del mandato della rete di esperti

Il mandato del gruppo è stato:

- elaborare il modello per la raccolta e la condivisione di soluzioni per la sicurezza dei pazienti e definire le dimensioni descrittive;
- raccogliere le esperienze implementate in ogni paese utilizzando il formato convalidato;
- tradurre in inglese i casi positivi e sottoposti alla revisione della rete di esperti;
- presentare le esperienze selezionate a un campione di dirigenti, medici e pazienti per valutare la sostenibilità e la potenziale replica della soluzione con un breve questionario.

34

Progettazione del formato per la raccolta e la condivisione dell'esperienza

Il 27-28 novembre 2017 il centro GRC ha ospitato a Firenze i due network di esperti al fine di definire e convalidare le caratteristiche della piattaforma in entrambe le sue componenti. In questa occasione il gruppo di esperti ha convalidato la metodologia di raccolta e condivisione delle soluzioni per la sicurezza dei pazienti; convalidato il format finale per la raccolta delle esperienze di sicurezza dei pazienti e ha avuto l'occasione di visionare e commentare il primo prototipo della piattaforma globale dell'OMS .

4.3 La formazione sul fattore umano e la comunicazione

In quanto centro collaborativo il Centro GRC ha l'obiettivo di sostenere l'OMS nello sviluppo di metodi e soluzioni su fattori umani e comunicazione per la sicurezza e la qualità dell'assistenza dei pazienti, offrendo percorsi formativi e materiali didattici su questi temi per la formazione di base e continua degli operatori sanitari, per l'educazione dei caregiver e dei pazienti. Svolge ciò in collaborazione con il Formas, con le Università toscane e con le aziende sanitarie, al fine di condividere le produzioni culturali del Centro e della rete GRC, con particolare riferimento al modello toscano per la sicurezza e qualità delle cure, che ha prodotto risultati riconosciuti a livello nazionale ed internazionale.

4.4 Gli interventi di promozione della sicurezza nei progetti di cooperazione sanitaria

Nel 2017 il Centro GRC ha portato avanti le attività previste dal mandato OMS per la realizzazione di interventi collaborativi per il rafforzamento dei sistemi sanitari più fragili dal punto di vista della sicurezza e della qualità attraverso una progettazione condivisa, lo scambio di buone pratiche ed esperienze e la costruzione di reti di relazioni tra professionisti. Il Centro GRC ha pertanto continuato a sostenere l'integrazione degli obiettivi di sicurezza e qualità nelle politiche e nelle strategie sanitarie, nella prospettiva della governance dei sistemi, e a collaborare con l'OMS nel sostegno agli Stati membri mediante progetti di cooperazione e scambio culturale. Queste attività sono state condotte in collaborazione con il Centro di Salute Globale e le aziende del SST integrando nei progetti di cooperazione internazionale elementi di

sicurezza e qualità delle cure, a partire dalle campagne globali e dalle linee guida dell'OMS per la sicurezza dei pazienti.

Nel 2017 sono stati portati avanti i progetti di ricerca-intervento avviati nell'ambito di progetti di cooperazione sanitaria regionale con il Kenya e la Palestina e seguendo il modello di partenariato promosso dall'OMS "Twining Partnerships for Improvement". Si tratta di progetti per l'introduzione di interventi di sicurezza in linea con le principali campagne OMS e in particolare incentrati sulla sicurezza in ambito materno infantile, prevenzione delle infezioni, sicurezza in sala operatoria e sviluppo di sistemi di reporting and learning.

Nel corso del 2017 si è conclusa l'analisi dell'impatto dell'introduzione della checklist di sala parto in Kenya e l'analisi di usabilità dello strumento. I risultati di usabilità mostrano che la checklist è stata accolta dagli operatori in maniera positiva soprattutto dal personale ostetrico. I risultati dello studio prospettico pre e post intervento hanno mostrato che l'introduzione dello strumento ha migliorato la compliance degli operatori ad alcune pratiche clinico assistenziali essenziali (ad es. la valutazione della frequenza cardiaca durante il pre-parto) e ha migliorato l'appropriatezza nella somministrazione di terapia antibiotica e anti ipertensiva. Per quanto riguarda il neonato, i dati mostrano una compliance molto bassa rispetto alla rilevazione della temperatura del neonato entro le due ore dalla nascita e che c'è ancora un margine di miglioramento rispetto alla promozione dell'attaccamento precoce seno.

Entrambi i progetti sono stati condotti in collaborazione e con il supporto dei professionisti delle aziende del SSR, già coinvolte in progetti di cooperazione sanitaria, quali l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese per il progetto con Kenya e la Fondazione Gabriele Monasterio per i progetti con la Palestina.

Nel 2017 come Collaborating Center sono stati condivisi due documenti di intenti comuni con le reti internazionali ErgoAfrica e Ulaergo, promotrici rispettivamente dell'ergonomia e fattore umano nei paesi del continente africano e dell'America Latina. Tali documenti rappresentano la premessa per la promozione di progetti di cooperazione sui temi della sicurezza delle cure.

Nell'ambito di queste attività nel 2017 sono stati realizzati i primi workshops sulla sicurezza delle cure e fattore umano in Sud Africa e in Brasile.

5. La formazione e informazione

5.1 Accademia del Cittadino III edizione

Il Centro GRC, in collaborazione con il settore regionale Qualità dei Servizi e reti cliniche e con il progetto PartecipaSalute dell'IRCCS Mario Negri, ha organizzato la terza edizione del corso per rappresentanti di associazioni di pazienti e di tutela "Accademia del Cittadino". Questa edizione ha avuto come sottotitolo "Formarsi per poter praticare il diritto alla sicurezza delle cure", a sottolineare l'importanza di un'adeguata acquisizione di conoscenze e competenze che siano realmente utili ad avere riconosciuto il diritto a cure sicure (anche alla luce della Legge Gelli sulla sicurezza dell'assistenza sanitaria) attraverso una partecipazione attiva dei cittadini e pazienti e dei loro rappresentanti.

La giornata di apertura ha visto la presenza di Susan Sheridan, fondatrice del movimento per la sicurezza dei pazienti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra le donne più influenti nelle politiche sanitarie per il coinvolgimento attivo e consapevole dei cittadini. La giornata ha rappresentato l'occasione per fare il punto sull'esperienza quasi decennale dell'Accademia del Cittadino, riflettendo su cosa ha funzionato, come ad esempio il coinvolgimento dei pazienti nella formazione dei risk manager, nei safety walkaround e nella definizione di alcune priorità di politica sanitaria o di buona pratica clinica, così come su cosa non ha funzionato, come l'apertura ai pazienti del sistema di segnalazione e analisi degli eventi avversi, la predisposizione di linee guida o la rivisitazione dei modelli di comunicazione e consenso informato. Tra gli obiettivi di questa edizione del corso c'è stato il rafforzamento della rete dei cittadini esperti impegnati per la sicurezza e qualità delle cure.

All'Accademia si sono iscritte 29 associazioni provenienti dal mondo del volontariato toscano, 14 rappresentanti di associazioni di pazienti e 15 da associazioni di tutela. La provenienza territoriale ha coperto la rappresentatività delle tre aree vaste.

Il programma del corso era composto da 3 moduli residenziali di 2 giorni ciascuno, la formazione è stata condotta alternando momenti di presentazioni di conoscenze, con discussioni e lavori di gruppo. In questa edizione si è cercato di promuovere una formazione esperienziale e quindi induttiva che partisse dall'esperienza dei partecipanti.

Le tematiche dei moduli formativi sono state il coinvolgimento dei cittadini nella ricerca clinica, le incertezze in medicina, la partecipazione attiva del cittadino al processo di cura nel momento in cui si presentano delle criticità, le attività per la qualità e la sicurezza negli ospedali e nei servizi sanitari territoriali, la partecipazione dei cittadini e la legge sulla sicurezza delle cure, il nuovo sistema di partecipazione toscano (LR 75/2017) con un confronto tra le esperienze internazionali e nazionali.

5.2 Promozione della qualità e sicurezza delle cure – Campagne informative ed eventi

Forum Risk Management 2017: questa edizione è stata dedicata all'approvazione della Legge 24 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale. Ha rappresentato rispetto al passato un evento di svolta. Disponiamo oggi in Italia di una norma a cui il Centro GRC ha dato un contributo sul piano delle proposte e del dibattito a livello nazionale.

Il Forum 2017 è stato una straordinaria occasione di discussione e di analisi della norma punto per punto. In particolare il Centro ha contribuito alla redazione di due importanti testi di commento alla legge, sviluppando la parte organizzativa dei Centri per la gestione dei rischi sanitari e la sicurezza del paziente e quella formativa.

5.3 Formazione sulla legge 24/2017

Nel corso del 2017, il centro GRC ha organizzato in collaborazione con il FORMAS una iniziativa regionale per i direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie toscane sui contenuti della legge 24.

Sono quindi state svolte tre iniziative di area vasta a Pisa, Firenze e Siena rivolte a tutti i dirigenti aziendali.

La formazione è stata svolta dai dirigenti del Centro e da quelli delle aziende sanitarie coinvolte.

5.4 Verso IEA 2018

Il XX congresso mondiale dell'Associazione Internazionale di Ergonomia e Fattore Umano, IEA 2018 si terrà in Italia, avrà luogo a Firenze dal 26 al 30 agosto 2018 e avrà come tema guida "Creativity in practice". L'ergonomia e il fattore umano sono gli elementi su cui si fonda la sicurezza del paziente: molte sessioni plenarie e parallele saranno dedicate a questo tema. Saranno più di 300 i contributi sul tema specifico della sicurezza delle cure.

L'Associazione Internazionale di Ergonomia e Fattore Umano è stata fondata nel 1959, raccoglie oltre 50 società scientifiche nazionali accreditate di Ergonomia e Fattore Umano. Riunisce migliaia di ricercatori e professionisti di ingegneria, design, psicologia, sociologia, scienze cognitive e medicina impegnati nella ricerca, nella progettazione e nel miglioramento continuo di organizzazioni sostenibili, efficienti e sicure.

Dal momento della sua costituzione promuove l'adattamento tecnico scientifico dei sistemi produttivi alle reali potenzialità dell'attività umana. Favorisce il dialogo fra le discipline scientifiche, la scienza e l'industria. Il suo scopo è progettare, sistemi e metodi produttivi scientificamente fondati che favoriscano il benessere e la qualità della vita umana.

Collabora con le maggiori organizzazioni globali fra cui l'OCSE, le Nazioni Unite (UN), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), l'Organizzazione mondiale per gli standard (ISO) e la Commissione Internazionale per la Salute sui Luoghi di Lavoro (ICOH). Diffonde i risultati delle ricerche dei propri membri scientifiche su riviste edite da Elsevier e Taylor and Francis. Ha organizzato nella sua storia 19 congressi mondiali sul tema del fattore umano. In questa 20° edizione del congresso mondiale, il comitato organizzatore e il comitato scientifico di cui fa parte il centro GRC ha introdotto un nuovo concetto: rendere esplicito la relazione virtuosa tra settori produttivi e l'ergonomia e il fattore umano. I temi affrontati nelle sessioni plenarie saranno offerti ai partecipanti sotto un duplice prospettiva: quella portata dai relatori - professionisti esperti provenienti dal mondo produttivo - e quella degli accademici membri della IEA che faranno da discutant ai relatori.

6. Collaborazione nazionali e internazionali

La Regione Toscana tramite il suo organo di governo clinico, il Centro GRC partecipa al Comitato Tecnico delle Regioni per il Rischio Clinico definito dalla Conferenza Stato regioni del 2008, Nel 2017 il Comitato ha organizzato la Seconda Edizione della Convention dei Clinical Risk Managers italiani a Venezia in Ottobre. La Convention si è focalizzata principalmente nell'approfondire con tavoli di lavoro e elaborazione di documenti programmatici quanto previsto dalla legge 24/ 2017 Il Centro GRC ha coordinato due tavoli su questioni cruciali per il futuro sviluppo delle attività di rischio clinico in Italia: la definizione delle caratteristiche dei Centri Regionali per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza delle Cure; la definizione dei requisiti formativi per la figura del referente del rischio clinico. Il Comitato ha definito le linee di indirizzo per la trasparenza dei dati aziendali su rischio clinico.

6.1 Italian Network for Safety in Healthcare ISQUA

Tra le iniziative realizzate nel corso del 2017 dal Centro GRC, è opportuno ricordare la costituzione dell'Italian Network for Safety in Health Care. Si tratta di una associazione scientifica, senza fini di lucro, collegata alla International Society for Quality in Health Care che ha lo scopo di al fine di favorire lo sviluppo della qualità e della sicurezza delle cure, facilitare la diffusione e l'adozione delle pratiche per la sicurezza delle cure tra gli operatori sanitari basate su evidenze scientifiche; confrontarsi con i servizi sanitari di altri paesi per condividere le esperienze più valide per il miglioramento dell'assistenza sanitaria; tutelare le competenze e prestigio dei cultori della sicurezza e qualità delle cure. Tra le iniziative più importanti in programma l'organizzazione di eventi a Firenze e Roma in particolare rivolti agli specializzandi di medicina.

6.2 Global Sepsis Alliance

Il centro GRC è attivo nella rete della Global Sepsis Alliance già dal 2012 - anno della prima giornata per la lotta alla sepsi. Nel 2017 la Global Sepsis Alliance, ha raggiunto un risultato molto importante costruito in 10 anni di attività di campagne di sensibilizzazione: l'approvazione da parte dell'assemblea mondiale della nazioni unite della risoluzione WHA70.7. Con questa risoluzione, la sepsi viene identificata come una minaccia globale per la salute della popolazione. Inoltre la risoluzione introduce elementi importanti:

La prevenzione alla sepsi, la lotta alle antibiotico-resistenze (AMR) e le azioni di Infection Prevention and Control vengono messe in forte relazione sia come azione di sicurezza del paziente sia come mezzo per il miglioramento della qualità delle cure.

Ne consegue che le azioni di sensibilizzazione al problema della sepsi portata avanti dalla Global Sepsis Alliance divengono centrali anche per le attività che il Centro GRC svolge come centro collaborativo OMS.

6.3 IEA

Il Centro GCR ha una collaborazione permanente con la IEA legata alla realizzazione della Conferenza Internazionale IEA2018, ma anche allo sviluppo di progetti di ricerca intervento che vedono una collaborazione quadro (formalizzata in Memorandum of Understanding) fra: Centro GRC - WHO Collaborating Centre e IEA. Tali progetti riguardano la diffusione delle pratiche per la sicurezza del paziente e lo sviluppo di interventi di patient safety così come concepiti e proposti dal Centro GRC nei paesi appartenenti alle reti delle società di ergonomia e fattore umano presenti nelle diverse aree geografiche del mondo.

6.4 Attività di sicurezza del paziente portata avanti con SIE – Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani

Il Centro GRC collabora con la società di Ergonomia e Fattori Umani e con la società italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare (SIBIOC) sono state portate avanti due attività:

1. la revisione delle raccomandazioni per l'identificazione e la gestione dei risultati critici nei laboratori;
2. la valutazione della gestione del rischio clinico in medicina di laboratorio.

Nell'ambito della revisione delle raccomandazioni il centro GRC ha introdotto alcuni elementi relativi all'ergonomia dei processi comunicativi:

- la definizione degli operatori dell'unità inviante e dell'unità ricevente abilitati a inviare e ricevere le comunicazioni;
- la lista di valori critici definita e specifica per ogni realtà clinico-assistenziale, assieme alla relativa procedura, sono rese disponibili per consultazione del personale sanitario dipendente e in convenzione, dei pazienti e delle loro associazioni;
- il processo di comunicazione dei valori critici avviene fra unità inviante (UI) e unità ricevente (UR) ed è un processo di invio/ricezione di informazioni, secondo modalità già condivise prima del momento in cui avviene la comunicazione stessa e descritte da una procedura;
- il processo di comunicazione ha come contenuto la notifica del valore critico o a rischio significativo, definito secondo una lista di valori condivisa;
- la comunicazione della notifica avviene mediante una doppia modalità comunicativa, in forma verbale e in forma scritta.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al <https://www.sibioc.it/bc/download/articolo/1403>

7. Eventi

17 novembre 2017 LA SICUREZZA DEL PERCORSO NASCITA SUL TERRITORIO

Villa delle Robbioni, Villa in Quattro, Firenze

09.00-09.05	Apertura/registrazione
09.05-09.10	Apertura del corso
09.10-09.15	09.10-09.15
09.15-09.20	09.15-09.20
09.20-09.25	09.20-09.25
09.25-09.30	09.25-09.30
09.30-09.35	09.30-09.35
09.35-09.40	09.35-09.40
09.40-09.45	09.40-09.45
09.45-09.50	09.45-09.50
09.50-09.55	09.50-09.55
09.55-10.00	09.55-10.00
10.00-10.05	10.00-10.05
10.05-10.10	10.05-10.10
10.10-10.15	10.10-10.15
10.15-10.20	10.15-10.20
10.20-10.25	10.20-10.25
10.25-10.30	10.25-10.30
10.30-10.35	10.30-10.35
10.35-10.40	10.35-10.40
10.40-10.45	10.40-10.45
10.45-10.50	10.45-10.50
10.50-10.55	10.50-10.55
10.55-11.00	10.55-11.00
11.00-11.05	11.00-11.05
11.05-11.10	11.05-11.10
11.10-11.15	11.10-11.15
11.15-11.20	11.15-11.20
11.20-11.25	11.20-11.25
11.25-11.30	11.25-11.30
11.30-11.35	11.30-11.35
11.35-11.40	11.35-11.40
11.40-11.45	11.40-11.45
11.45-11.50	11.45-11.50
11.50-11.55	11.50-11.55
11.55-12.00	11.55-12.00

LINK PER ISCRIZIONE

Safety Quality Day

16 Ottobre 2017

GIORNATA PER LA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE

Auditorium di Santa Apollonia - Via San Gallo, 25 - Firenze

09.30 - 09.00 Registrazione dei partecipanti

09.00 - 09.15 Apertura e moderazioni

09.15 - 09.30 La sicurezza in ospedale

09.30 - 09.45 La qualità delle cure

09.45 - 10.30 Letture magistrali - E' qualità la sicurezza e o sicurezza la qualità?

10.30 - 12.30 I SESSIONI - I programmi collaborativi per la qualità e sicurezza delle cure

12.30 - 13.00 Domande e discussioni

13.00 - 14.00 Pausa pranzo

14.00 - 15.30 II SESSIONE - Prevenzione e presentazione esperienze viciniche

15.30 - 17.30 III SESSIONE - Breve presentazione progetti e casi

17.30 - 18.00 Teal ECM



Involgere il cittadino, coinvolgere le comunità

per decisioni di salute condivise e consapevoli

formato nell'ambito del progetto Accademia del Cittadino

25 ottobre 2017
Auditorium di Santa Apollonia - Via San Gallo, 25 - Firenze

Programma

09.00 - 09.30 Benvenuto istituzionale

09.30 - 10.30 Power and advocacy in patient safety

10.30 - 11.00 L'esperienza di Partecipazione per la qualità dell'informazione medico-scientifica

11.00 - 11.30 La partecipazione dei cittadini nella nuova organizzazione del Sistema Sanitario Toscano

11.30 - 12.00 Il coinvolgimento dei cittadini per la qualità e sicurezza delle cure in Sardegna: la rete TRAMAS

12.00 - 12.30 Come tradurre la formazione di cittadini esperti e competenti in buone scelte di salute

12.30 - 13.00 Discussioni e conclusioni

13.00 Light lunch

31 Marzo 2017
Hotel Londra
Via J. da Diacceto 18, Firenze

Incontro preliminare IEA 2018

Ergonomia e Fattore umano: proposte delle società scientifiche e delle imprese

In preparazione del Congresso Internazionale 2018 della International Ergonomics Association e in occasione del meeting dell'Executive Board della IEA a Firenze, questo incontro ha lo scopo di discutere con le società scientifiche e imprese, il contributo dell'ergonomia e fattore umano nei maggiori settori produttivi e definire il programma scientifico.

09.30-14.00
Il contributo dell'Ergonomia e Fattore umano nei contesti lavorativi

Apertura
Presidenza: Susanna Falla (Università di Firenze)

Introduzione
Sebastiano Dignara
Presidente del comitato scientifico IEA2018

Presentazione dell'Executive IEA
Yoshiyuki
Presidente IEA, OIE, OPE, Ingegnere Nucleare
Kazuhiko Matsui
Vice Presidente Segretario IEA, Psicologo, San Francisco State University
Sara Orlandi-Garneri
Vice Presidente Tesoriere IEA, Ingegnere Industriale Federal University of Rio de Janeiro
Thomas Messinger
Executive IEA, Ingegnere Informatico, Fraunhofer IPA

Discussioni con la partecipazione di istituzioni, società scientifiche e aziende

Light lunch

World Sepse Day della Toscana

13 settembre 2017

Auditorium di Santa Apollonia - Via San Gallo, 25 - Firenze

09.00 - 09.30 Apertura e moderazioni

09.30 - 10.30 La sicurezza in ospedale

10.30 - 12.30 I SESSIONI - I programmi collaborativi per la qualità e sicurezza delle cure

12.30 - 13.00 Domande e discussioni

13.00 - 14.00 Pausa pranzo

14.00 - 15.30 II SESSIONE - Prevenzione e presentazione esperienze viciniche

15.30 - 17.30 III SESSIONE - Breve presentazione progetti e casi

17.30 - 18.00 Teal ECM

27-28 November 2017
Villa La Quiete alle Montale
Via di Boldrone, 2 Firenze

2017 experts meeting for the collaborative design of the GKPS

'WHO Global Knowledge sharing platform for Patient Safety (GKPS)'

In preparazione del Congresso Internazionale 2018 della International Ergonomics Association e in occasione del meeting dell'Executive Board della IEA a Firenze, questo incontro ha lo scopo di discutere con le società scientifiche e imprese, il contributo dell'ergonomia e fattore umano nei maggiori settori produttivi e definire il programma scientifico.

09.30-14.00
Il contributo dell'Ergonomia e Fattore umano nei contesti lavorativi

Apertura
Presidenza: Susanna Falla (Università di Firenze)

Introduzione
Sebastiano Dignara
Presidente del comitato scientifico IEA2018

Presentazione dell'Executive IEA
Yoshiyuki
Presidente IEA, OIE, OPE, Ingegnere Nucleare
Kazuhiko Matsui
Vice Presidente Segretario IEA, Psicologo, San Francisco State University
Sara Orlandi-Garneri
Vice Presidente Tesoriere IEA, Ingegnere Industriale Federal University of Rio de Janeiro
Thomas Messinger
Executive IEA, Ingegnere Informatico, Fraunhofer IPA

Discussioni con la partecipazione di istituzioni, società scientifiche e aziende

Light lunch

8. Pubblicazioni Recenti

su MedLine

1. Rossi EG, Bellandi T, Picchi M, Baccetti S, Monechi MV, Vuono C, Sabatini F, Traversi A, Di Stefano M, Firenzuoli F, Albolino S, Tartaglia R . Patient Safety in Complementary Medicine through the Application of Clinical Risk Management in the Public Health System. *Medicines (Basel)*. 2017 Dec 16;4(4). pii: E93. doi: 10.3390/medicines4040093.
2. Albolino Sara, Dagliana Giulia, Illiano Dariana, Tanzini Michela, Ranzani Francesco, Bellandi Tommaso, Fusco Ismaele, Bellini Irene, Carreras Giulia, Di Tommaso Mariarosaria, Tartaglia Riccardo Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. *Ergonomics*, 2017 VOL. 61, NO . 1, 185–193
3. Bellandi Tommaso, Cerri Alessandro, Carreras Giulia, Mengozzi Cipriana, Albolino Sara, Mastrominico Eleonora, Renzetti Fernando, Tartaglia Riccardo , Westbrook Johanna Interruptions and multitasking in surgery: a multicentre observational study of the daily work patterns of doctors and nurses. *Ergonomics*, 2017 VOL. 61, NO . 1, 40–4
4. Sara Albolino, Riccardo Tartaglia , Tommaso Bellandi, Elisa Bianchini, Giancarlo Fabbro, Silvia Forni, Giulia Cernuschi Annibale Biggeri. Variability of Adverse Events in the Public Healthcare Service of the Tuscany Region. *Internal and Emergency Medicine* 2017 DOI: 10.1007/s11739-017-1698-5
5. Tommaso Bellandi, Riccardo Tartaglia , Aziz Sheikh and Liam Donaldson. Italy recognises patient safety as a fundamental right A new law takes a bold new step towards enhancing patient safety. *BMJ* 2017;357:j2277 doi: 10.1136/bmj.j2277 (Published 2017 May 22)
6. Bellandi Tommaso, Tartaglia Riccardo , Forni Silvia , D'Arienzo Sara , Tulli Giorgio . Adverse events in cardiac surgery, a mixed methods retrospective study in an Italian teaching hospital. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2017 Mar 28. doi: 10.1111/jep.12727. [Epub ahead of print]
7. Falsini G, Grotti S, Porto I, Toccafondi G, Fraticelli A, Angioli P, Ducci K, Liistro F, Pieroni M, Taddei T, Romanelli S, Rossi R, Bolognese L. Long-term prognostic value of delirium in elderly patients with acute cardiac diseases admitted to two cardiac intensive care units: a prospective study (DELIRIUM CORDIS). *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017 Jan 1:2048872617695235. doi: 10.1177/2048872617695235. [Epub ahead of print] PMID: 29064263
8. Machado FR, Nsutebu E, Abdulaziz S, Daniels R, Finfer S, Kissoon N, Lander H, Malik I, Papathanassoglou E, Reinhart K, Rooney K, Rüdell H, Toccafondi G, Tulli G, Hamilton V. Sepsis 3 from the perspective of clinicians and quality improvement initiatives. *J Crit Care*. 2017 Aug;40:315-317. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.04.037. Epub 2017 Apr 26. No abstract available. PMID: 28478045
9. Volpi E, Giannelli A, Toccafondi G, Baroni M, Tonazzini S, Alduini S, Biagini S, Gini R, Bellandi T, Emdin M. Medication Reconciliation During Hospitalization and in Hospital-Home Interface: An Observational Retrospective Study. *J Patient Saf*. 2017 Mar 22. doi: 10.1097/PTS.0000000000000360. [Epub ahead of print]

Su SCOPUS

1. Raccomandazioni per l'identificazione e la gestione dei risultati critici nei laboratori clinici, Elisa Piva, Fiamma Balboni, Giuseppe Banfi, Graziella Bonetti, Massimo Daves, Alberto Dolci, Davide Farci Santarcangeli, Gabriel Lima Oliveira, Giuseppe Lippi, Massimo Locatelli, Valentino Miconi, Martina Montagnana, Margherita Morandini, Paola Pezzati, Massimo Quercioli, Riccardo Tartaglia, Gian Luca Salvagno, Giulio Toccafondi, Davide Giavarina per Gruppo di Studio Intersocietario SIBioC-SIPMeL "Variabilità extra-analitica del dato di laboratorio", Gruppo di Studio SIBioC "Rischio clinico" e per Società Italiana di Ergonomia e fattori umani (SIE) *Biochimica Clinica* 2018 DOI: 10.19186/BC_2018.015

2. La gestione del rischio clinico in medicina di laboratorio: risultati del questionario congiunto SIBioC-Medicina di Laboratorio e Società Italiana di Ergonomia (SIE) inviato ai laboratori della Regione Toscana Carlo Scapellato, Fiamma Balboni, Massimo Quercioli, Paola Pezzati, Giulio Toccafondi, Patrizia Casprini, Ada Aita, Roberto Guerranti, Marcello Fiorini, Gianni Fuzzi, Alessia Tomei, Riccardo Tartaglia, *biochimica clinica*, 2018, vol. 42, n. 2

Testi (capitoli di libri)

1. Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana Frittelli, Vittorio Gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita. SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ SANITARIA. *Quotidiano Sanità Edizioni*, Roma marzo 2017.

2. R. Tartaglia, S. Albolino, M. Bellonzi, E. Flore, M. Tanzini. Il garante per il diritto alla salute e l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza nella Sanità. In *La RIFORMA "GELLI", PRINCIPI ISPIRATORI E COORDINATE DI BASE* di F. GELLI, M. HAZAN editore Giuffrè 2017 Capitolo 4: 91-124

3. G. Loreto, W. Ricciardi, R. Tartaglia, V. Trojano, V. Cirese. Sicurezza delle cure e prevenzione del rischio. In *LA RIFORMA "GELLI", PRINCIPI ISPIRATORI E COORDINATE DI BASE* di F. GELLI, M. HAZAN editore Giuffrè 2017 Capitolo 3: 43-89

4. Sara Albolino, Maurizio Costantini. Patient Safety, Ergonomics and Clinical Risk Management. In *Perioperative Care of the Elderly. Clinical and Organizational Aspects*. Cambridge University Press, November 2017, ISBN:9781316488782, doi.org/10.1017/9781316488782, CAP.47.