Programma Regionale

per la gestione del Rischio Clinico 2023 - 2025

 SSA RISCHIO CLINICO /ML

 REPORT ANNO 2023

 AOU AL

Il presente documento individua i contenuti utili al fine della predisposizione del report annuale 2023 sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del Rischio Clinico (Tempistica di realizzazione: entro il 16.02.2024)

Viene altresì' allegato al presente documento file excel per incident report su Eventi Avversi

|  |
| --- |
| **SSA RISCHIO CLINICO/ML -AOU AL ANNO 2023** |
|  |
| Sezione I |
| **Azione 1. Monitoraggio sulle iniziative e sui risultati delle ASR e delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate relativi alla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.****Report sulle iniziative e sui risultati relativi alla gestione del rischio clinico** |
| **Ob. 1.**Raccomandazioni ministeriali e Linee di indirizzo regionali implementate | *L’AOU AL ha recepito tutte le RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI emesse. La SSa Rischio clinico in collaborazione con SGQ e DMP e i diversi gruppi di lavoro ha elaborato documenti necessari alla contestualizzazione delle indicazioni fornite dalle Raccomandazioni. Si è provveduto all’implementazione delle schede di competenza su applicativo AGENAS “Monitoraggio raccomandazioni ministeriali”* |
| \* Nel caso in cui l’Azienda abbia gia' provveduto all’implementazione delle schede di competenza su applicativo AGENAS *“Monitoraggio raccomandazioni ministeriali”,* entro i termini previsti, l’adempimento verra' verificato su detto applicativo |
|  |
| **Ob. 2**Monitoraggio, implementazione e adeguamento buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni pubblicate su SNLG-ISS | *GRUPPO DI LAVORO PER REV. DVA 76 “ANOMALIE DEL COMPORTAMENTO”-REV. SCHEDA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE E SCHEDA DI ASSISTENZA AL PZ CONTENUTO-REV. DVA 61 “PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI”- REV. DVA 64”PREVENZIONE E GESTIONE AGGRESSIONI VERSO GLI OPERATORI” -DVA 116”GESTIONE DEL PZ EMOFILICO CHE ACCEDE AL PS” -DVA 95 “PERCORSO PREOPERATORIO PER CHIRURGIA DI ELEZIONE” – GRUPPO DI LAVORO PER REVISIONE DELLA CHECK LIST DI SICUREZZA NEL BLOCCO OPERATORIO - REV. DVA 77 “ PIANO DI RISPOSTA ALLE EMERGENZE CLINICHE E INTRAOSPEDALIERE” – REV DVA 11 PREVENZIONE CADUTE”-DVA 122 REVISIONE DOCUEMNTO TSE – DVA 127 “NUOVO REGOLAMENTO BLOCCHI OPERATORI”DVA 128 “GESTIONE DEI PAZIENTI TALASSEMICI” – DVA 60 “PROTOCOLLO PER LA PRESCRIZIONE DEI NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI”- REVISIONE DEL DOCUMNTO “GESTIONE PERIOPERATORIA DEL PZ” -DVA 71 “GESTIONE DEL PZ CON DREPANOCITOSI: PZ IN PS-PZ AMBULATORIALE” – GRUPPO DI LAVORO SU GESTIONE INTOSSICAZIONI -DVA 11 REVISIONE DOCUMNTO PER ACCESSI IN OSPEDALE IN EPOCA COVID” -DVA 113 “TRAPIANTO MICROBIOTA INTESTINALE-CONSENSO RICEVENTE, CONSENSO DONATORE” -REV. DVA 12 “PROFILASSI POSTESPOSISIZIONE PER HIV-HCV-HBV” -REV. DVA 118 “GESTIONE DECESSI” – DVA 134 RADIOPROTEZIONE LAVORATORI INTERNI ED ESTERNI – DOCUEMNTO A VALENZA AZIENDALE POSISIONAMENTO SNG - REVISIONE SCHEDA P.R.I.M.A. -P.R.I.M.A. POSTOPERATORIA – SCHEDA OSTETRICA- REV. DVA 42 “PREVENZIONE MORTE MATERNA”* |
|  |
| **Ob. 3.**Azioni finalizzateall’implementazione di campagne per la sicurezza del paziente | *-CALL FOR GOOD PRACTICE 2023 – “SICUREZZA E INGAGGIO DEL PAZIENTE” -SSA RISCHIO CLINICO – FORMAZIONE COMUNICAZIONE FUNDRAISING E PROCESSI AMMNISTRATIVI DAIRI* *COM PARTECIPAZIONE E PRESENTAZIONE DELL BUONA PRATICA IL 13 SETTEMBRE 2023- RISCHIO CLINICO REGIONE PIEMONTE- TORINO* |
|  |
| **Ob. 4.**Monitoraggio dello stato dell’arte nelle strutture sanitarie e socio- sanitarie private e accreditate | *Relazione su modalità di gestione del rischio poste in essere nei servizi erogati a livello territoriali (sistemi di incident reporting, procedura gestione cadute, presenza check list in Sala operatoria nelle U.O. Chirurgiche delle Strutture private accreditate, presenza procedure/protocolli su processo somministrazione farmaci e riconciliazione della terapia, monitoraggio criteri di gestione emergenza intraospedaliera, procedure di prevenzione e controllo delle infezioni adottate nelle strutture socio-sanitarie RSA regionali)* |
|  |
| Sezione II |
| **Azione 2. Monitoraggio delle attività di gestione e comunicazione degli eventi avversi** |
| **Ob. 1**Incident report su E.A. rilevati | *Compilazione excel trasmesso in allegato su E.A. rilevati- e “Relazione annuale consuntiva degli eventi avversi ex art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24” .* |
|  |  |
| **Ob. 2**Report annuale di monitoraggio sulle azioni di miglioramento programmate ed implementate a livello aziendale | *L’adempimento può essere verificato nella “Relazione annuale consuntiva degli eventi avversi ex art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24” da trasmettere in allegato al report oppure indicando il link ove reperirla:* <https://www.ospedale.al.it/it/struttura-sanitaria/rischio-clinico> |

|  |
| --- |
| Sezione III |
| **Azione 3. Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie** |
| **Ob. 1**Report aziendale relativo al numero degli eventi in ospedale per anno e stratificato per Struttura complessa | REV DVA 11 “PREVENZIONE CADUTE” LAVORO DI GRUPPO CON INCONTRI INIZIATI A MAGGIO E TERMNATI A DICEMBRE 2023. |
| **Ob. 2**Procedura di gestione cadute in uso presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie | Monitoraggio qualitativo sul rispetto degli item previsti dal documento regionale e verifica compilazione “scheda rischio cadute” attraverso studio di prevalenza in almeno un reparto aziendale di Medicina Generale = SI  |
|  |
| Sezione IV |
| **Azione 4. Progetto sicurezza in sala operatoria** |
| Monitoraggio check list presso U.O. Chirurgiche delle ASR | *Presenza checklist in tutte le U.O. Chirurgiche = SI**Monitoraggio corretta compilazione delle checklist e tracciabilità operatori che hanno partecipato all’atto chirurgico e alla compilazione della stessa – compilazione secondo strumenti e percorso definiti con circolare prot. n. 4160 del 27.2.2015.**REV. CHECKLIST DI SICUREZZA : GRUPPO DI LAVORO* |
|  |
| Sezione V |
| **Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica – Riconciliazione terapia farmacologica** |
| **Ob. 1**Implementazione e atttivita' di monitoraggio dell’applicazione, a livello locale, della Raccomandazione 17 | *Report monitoraggio del rispetto dei criteri di gestione del processo della terapia con specifico riferimento alla ricognizione e riconciliazione della terapia nelle fasi di transizione del paziente tra i diversi setting con controllo CC : gruppo di lavoro con SC FARMACIA -DMP* |
| **Ob. 2**Tracciabilita' di tutti i trattamenti rilevati nelle fasi di ricognizione e riconciliazione del paziente attraverso la presenza di una scheda cartacea o supporto informatico | *Presenza scheda ricognizione/riconciliazione cartacea verbale di dimissione.* |
|  |
| Sezione VI |
| **Azione 6. Implementazione e monitoraggio Raccomandazione 14** |
| Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica | *Effettuazione da parte dell’ASL degli audit - Progetto PRORA – ed aggiornamento su eventuali azioni di miglioramento EFFETTUATO IL 27/7/2023 CON SC FARMACIA E SGQ: -azione di miglioramento: introduzione di nuova procedura per i giorni festivi e raccogliere dati dui tempi di preparazione e consegna dei farmaci nel DH Onco-Ematologico e reparti di Ematologia e Oncologia.* |

|  |
| --- |
| Sezione VII |
| **Azione 7. Sviluppo cultura della valutazione e dell’accountability** |
| **Eventi formativi/informativi realizzati nell’anno in relazione alla tematica “Rischio clinico” (tematiche: strumenti analisi del rischio, linee guida, strumenti per la gestione sinistri RCT/O ASR, strumenti di comunicazione con i pazienti – comunicazione E.A.)** |
| Corso tematica “…GESTIONE RISCHIO CLINICO PER IL NA”….. n. partecipanti 50Corso tematico “linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza” con 4 strutture: partecipanti 20Corso tematico “ buona tenuta della cartella clinica N. Partecipanti 30Corso tematico “ DVA 118 decessi” N. partecipanti 30 |
|  |  |
| **Metodologie/strumenti adottati per l’identificazione e l’analisi del rischio (Incident reporting, Safety Walk Around, FMEA-FMECA, Root Cause Analysis, Audit clinici).** |
| Iniziative/Risultati Audit clinici |  14 AUDIT DI RISCHIO CLINICO |
| Iniziative/Risultati RCA |  |
| Iniziative/Risultati SWR |   |
| UGR….. |  5 |
| COMITATI SINISTRI 12 |
| Sezione VIII |
| **Azione 8. SIMES – Flusso E.S.** |
| Adempimento debito informativo nei termini definiti dal D.M. 2009 e s.m.i. sul portale regionale - SIMES | *L’adempimento può essere verificato nella “Relazione annuale consuntiva degli eventi avversi ex art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24”* <https://www.ospedale.al.it/it/struttura-sanitaria/rischio-clinico> |
|  |
| Sezione X |
| **Azione 10. Violenza su operatori** |
| Procedure aziendali, misure di prevenzione e protezione adottate, modalità di raccolta dati, rilevazione dati ex art. 2, commi 1 e 2, L. 113/2020 | * con Deliberazione del Direttore Generale n.91 del 15/02/2023 è stato istituito il gruppo di lavoro aziendale “Aggressione e stress lavoro correlato” con il compito di valutare e gestire i rischi in parola (la sua composizione è stata aggiornata al successivo atto aziendale con Deliberazione n.398 del 15/02/2023)
* in data 02/02/2023 è stato sottoscritto il “*Protocollo d’intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie e nei presidi dell’Azienda Sanitaria Ospedaliera di Alessandria*” conformemente a quanto previsto dall’art.7 della Legge 113/2020
* in data 21/03/2023 è stata adottata la revisione n.01 del Documento a Valenza Aziendale DVA 64 “*Prevenzione e gestione delle aggressioni*” all’interno della quale
	+ sono definite le modalità di attivazione degli strumenti operativi previsti dal Protocollo sottoscritto
	+ sono definite la procedura per la gestione degli eventi e le modalità di coinvolgimento del servizio di vigilanza interno
	+ è previsto il modulo di segnalazione degli eventi con possibilità di richiedere contestualmente l’attivazione di servizi messi a disposizioni dall’azienda al lavoratore aggredito quali
		- colloquio con il servizio legale aziendale
		- sopralluogo da parte del SPP
		- richiedere al MC l’attivazione di uno specifico supporto psicologico
		- richiedere al coordinatore della struttura di attivare un focus group di servizio mediante il Servizio di psicologia
* corso di formazione residenziale destinato al personale denominato “Aggressioni e stress lavoro correlato” della durata di 4 ore (dati 2023: 18 edizioni – 471 partecipanti)

Le informazioni fornite dal responsabile servizio sicurezza e prevenzione.La SSa rischio Clinico non è stato inserito nel gruppo di lavoro.  |
|  |
| Sezione XI |
| **Azione 11. Pratiche contenitive – Contenzione fisica** |
| Esistenza di indicazioni/procedure aziendali per la gestione delle situazioni complesseProcedura aziendale contenzione meccanica | *REV. DVA 76 “ Anomalie del comportamento “ \_revisione scheda di utilizzo della contenzione- inserimento di nuova scheda su assistenza al paziente contenuto – effettuato 4 incontri con Sc NCH -SC MEDCINA INTERNA -SC NEUROLOGIA -SC GERIATRIA -GIUGNO 2023-**Monitoraggio da parte della SSA Rischio clinico e raccolta schede.*  |
|  |
| Sezione XII |
| **Azione 12 – Analisi a priori del rischio** |
| Analisi a priori processi erogazione prestazioni sanitarie a maggior rischio e implementazione azioni di miglioramento | *-ANALISI A PRIORI DEL PERCORSO DEL PAZIENTE PEDIATRICO NEL BLOCCO OPERATORIO EFFETTUATO IL 13 E 14 MARZO 2023.**-Monitoraggio delle raccomandazioni sc ostetricia: percorso ultimato.**-Monitoraggio raccomandazioni PS PEDIATRICO ULTIMATO**-Monitoraggio in corso del Bon effettuata analisi nel 2022*  |
|  |
| **Azione 15 – Rischio infettivo e rischio clinico** |
| Tracciabilità delle attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere | *Report aziendale documenti/procedure presenti: GRUPPO DI LAVORO SSA RISCHIO CLINICO -CIO CON REVSIONE DELLA CHECKLIST DI SICUREZZA : REVIOSNE DI TUTTA LA DOCUEMNTAZIONE E PRODUZIONE DEL DVA PERIOPERATORIO CON REVISIONE DELLA CECKLIST DI SCIUREZZA CON EVIDENZA DEL TIMING ANTIBIOTICO PROFILASSI, TRICOTOMIA, DOCCIA E PRESA VISIONE DELLA DOCUEMNTAZIONE DEI REPARTI PER REVISIONE ED EVIDENZA IN COLLABORAZIONE CON LA DMP SU SUPERVIONE DELLA DS.* |
|  |