

Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico 2018- 2019

Il presente documento individua i contenuti utili al fine della predisposizione del report annuale 2019 sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del Rischio Clinico (Tempistica di realizzazione: entro il 02.04.2020)

Viene altresì allegato al presente documento lo schema per la predisposizione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 2 comma 5 – analogo a quello della scorsa annualità

SSa Rischio Clinico /ML ASO AL ANNO 2019

RESPONSABILE Dr Valter Declame

rischioclinicoml@ospedale.al.it

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.

Report sulle iniziative e sui risultati relativi alla gestione del rischio clinico (Indicazione Raccomandazioni ministeriali e Linee di indirizzo regionali implementate / Relazione su modalità di gestione del rischio poste in essere nei servizi erogati a livello territoriali).

-L'ASO AL non avendo nella propria organizzazione Strutture sanitarie e socio sanitarie private non ha partecipato alla mappatura delle strutture private accreditate.

Raccomandazione n.../ Linea di Indirizzo regionale n...

Modalità recepimento/revisione (Procedura/Linee di indirizzo/Istruzioni operative/Modulistica elaborate a livello aziendale attuative delle Raccomandazioni ministeriali/Linee di indirizzo regionali, attivazione gruppi di lavoro aziendali); modalità diffusione (riunioni, circolari aziendali, portale aziendale, attività formativa, ecc...); verifiche periodiche effettuate, azioni di miglioramento

* Nel caso in cui l'Azienda abbia già provveduto all'implementazione delle schede di competenza su applicativo AGENAS "Monitoraggio raccomandazioni ministeriali", entro i termini previsti, l'adempimento verrà verificato su detto applicativo.

L'ASO AL ha provveduto all'implementazione delle schede su applicativo AGENAS ,Stato di monitoraggio : Completato e inviato alla Regione Piemonte in data 23/10/2020.

Sezione II

Azione 2. Monitoraggio delle attività di gestione e comunicazione degli eventi avversi - Adozione di sistema di segnalazione near miss e eventi avversi.

Report annuale di monitoraggio sulle azioni di miglioramento programmate ed implementate a livello aziendale.

(Vedi schema esemplificativo allegato "Relazione annuale consuntiva degli eventi avversi ex art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24") (SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

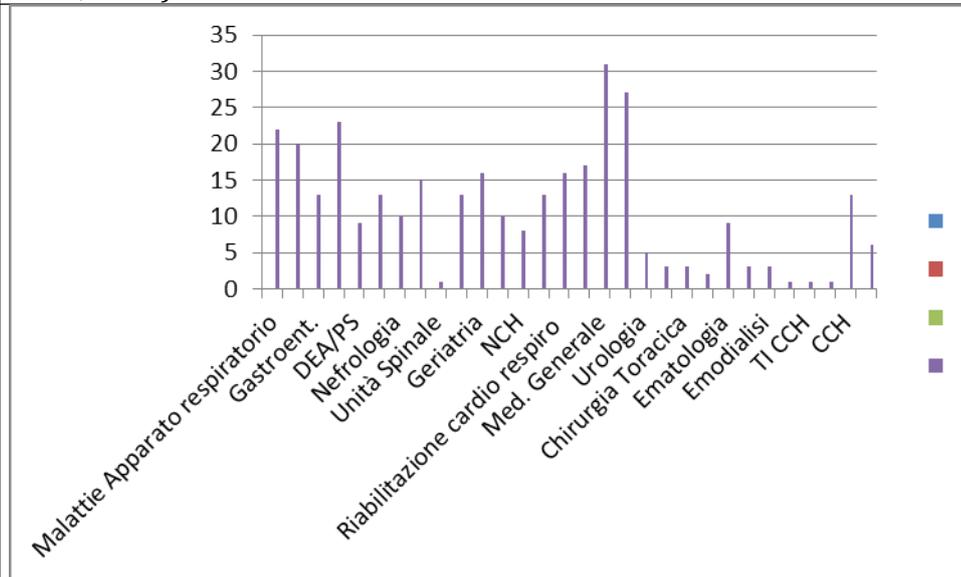
(Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 2 comma 5)

Sezione III

Azione 3. Progetto tematico prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie

Report aziendale relativo al numero degli eventi in ospedale per anno e stratificato per Struttura complessa

(Vedi schema Relazione annuale consuntiva degli eventi avversi ex art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24)



Nell'anno 2019 il totale cadute sono state 314 .Numero dei ricoveri ordianri:N.21226

N° cadute	strutture		N° cadute	strutture
22	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO		5	ORL
20	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		3	CHIRURGIA TORACICA
13	GASTROENTEROLOGIA		2	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
23	ONCOLOGIA		9	EMATOLOGIA
9	DEA/PS		3	CHIRURGIA GENERALE
13	CARDIOLOGIA		3	DIALISI
10	NEFROLOGIA		1	REUMATOLOGIA
15	CHIRURGIA VASCOLARE		1	TI CCH
1	UNITA' SPINALE		1	GRAVI CEREBROLESI
13	MEDICINA URGENZA		6	SPDC
16	GERIATRIA			
10	MALATTIE INFETTIVE			
8	NCH			
13	CCH			
16	RIABILITAZIONE CARDIO RESPIRO			
17	RRF			
31	MEDICINA GENERALE			
27	NEUROLOGIA			
5	UROLOGIA			

Le schede di segnalazione delle cadute vengono inviate dai reparti al DipSa che provvede all'inserimento dei dati in un apposito database per l'analisi e il report annuale. Le cadute vengono segnalate con regolarità tramite apposita SCHEDA DESCRIZIONE CADUTA MOD.DIPSa 46/I46. Il DVA 11 Rev.03/2016 è rivolto a tutte le 31 strutture presenti all'Ospedale Civile, alle 10 presenti al Presidio Infantile, e alle 5 presenti al Presidio Borsalino. L'indicatore utilizzato è quello dell'Accertamento della percentuale di cadute dei pazienti in ospedale. La Frequenza è trimestrale, con valutazione del tasso di caduta e attivazione eventuali correttivi. Inoltre viene anche compilata al momento dell'ingresso del paziente in ospedale, e rivalutata nel corso del ricovero della SCHEDA INDIVIDUALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE TRAMITE LA Scala di Conley, con stima del rischio. Sul totale delle cadute, i maschi sono in percentuale più coinvolti. Il luogo dove più frequentemente avvengono le cadute è la stanza di degenza. La

fascia oraria è quella notturna , a seguire la mattina e infine il pomeriggio .Problemi più frequentemente rilevati: Non vien rivalutato la stima di caduta.

-
Sezione IV

Azione 4. Progetto sicurezza in sala operatoria

Presenza checklist in tutte le U.O. Chirurgiche

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

-UTILIZZO DEL MOD.CHECK LIST All.3aDVA 24 - Rev. 02 del 24/3/2017 in tutte le 11 Chirurgie presenti all'OC e in tutte le 5 Chirurgie del Presidio Infantile.

-Presenza del DVA 24 Rev.02/2017 "PERCORSO DEL PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO CHIRURGICO"

-Presenza del DVA 25 Rev 00/2012 "PERCORSO DEL PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO CHIRURGICO IN AMBITO PEDIATRICO"

-Presenza dell'IO AnRianGen30 Rev.00 del 14/7/2019 :Gestione dei pazienti affetti da fratture femori di età superiore ai 65 anni in terapia antitrombotica o antiaggregante candidati ad intervento chirurgico entro 48 ore.

Presenza IO AnRianGen03 Rev.02 del 20/7/2019 VALUTAZIONE PREOPERATORIA CON I SEGUENTI ALLEGATI:

-Modello informativo Anestesia

-Blood Management

-Paziente allergico

-Promemoria del paziente

-Scheda preaccesso

-Scheda anesthesiologia preoperatoria

-Scheda anesthesiologica ostetrica

-Farmaci da sospendere-

-Presenza della IO ANRianGenSSBOA29 -Valutazione del paziente con patologia polmonare in preparazione di intervento di chirurgia extratoracica in regime di elezione.

Sezione V

Azione 5. Scheda unica di terapia

Monitoraggio SUT aziendali che rispettano requisiti di sicurezza individuati ex circolare prot. n. 18645 del 4.9.2014

- Presenza del DVA 16 Rev. 02/2016 (Rev.03 ancora da pubblicare del 2019)
 - Allegato al DVA 16 "Vademecum per il buon uso della scheda Unica di terapia"
 - Tutte le 31 Strutture presenti all'OC, le 10 al Presidio Infantile e le 5 Strutture presenti al Presidio Borsalino utilizzano la SUT.
 - Non è informatizzata. Non presenza ancora del Braccialetto identificativo.
- Effettuati due audit per eventi segnalati il 3/9 SS Riabilitazione Cardio respiro e il 20/12 Sc Medicina Urgenza.
- Effettuato evento formativo al Presidio Borsalino il 31/10/19 per il BUON UTILIZZO DELLA scheda unica di terapia.
- I problemi rilevati più frequentemente sono:
- _La non corretta interpretazione della prescrizione durante la somministrazione (scrittura illeggibile).
 - _La non corretta preparazione del farmaco.
 - la non corretta somministrazione del farmaco.
 - la non corretta compilazione di tutti i campi dalla SUT durante la prescrizione.
 - .La non corretta compilazione dei campi della SUT durante la somministrazione.

Sezione VI

Azione 6. Implementazione e monitoraggio Raccomandazione 14

Effettuazione da parte dell'ASL degli audit secondo la norma ISO 19011:2012

Progetto PRORA – aggiornamento su eventuali azioni di miglioramento

- Presenza del DVA 61 Rev.01716.- Rev. 02 ancora da pubblicare "la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" con il contributo della DMP, Sc Farmacia , SC Sviluppo Strategico, DH Onco ematologico, Sc Oncologia, Sc Ematologia, DIPsa.
- Effettuati Audi numero 2 da parte della DMP con la sc Farmacia per implementare la formazione nel reparto Neurologia (non era sta conclusa nel 2018).L'utilizzo del LOG 80 ha favorito la verifica sulla prescrizione della chemioterapia, e la preparazione e somministrazione. I medici inseriscono nel sistema LOG 80 i vari schemi terapeutici previsti per la cura delle patologie. Mentre altri ne controllano la correttezza e li validano. Successivamente i clinici associano allo schema terapeutico i dati personali e specifici di ciascun paziente. L'applicazione del sistema informatizzato LOG 80 ha contribuito a migliorare la sicurezza nella cura del paziente nelle fasi di prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco.

Sezione VIII

Azione 8. Sviluppo cultura della valutazione e dell'accountability

Eventi formativi/informativi realizzati nell'anno in relazione alla tematica "Rischio clinico"	
Corso tematica- "FORMAZIONE FACILITATORI RISCHIO CLINICO ANNO 2019" -ANALISI DEI RISCHIO A PRIORI DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PS OC -ANALISI DEL RISCHIO A PRIORI DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PS PEDIATRICO -Formazione per il buon utilizzo del SUT (SS RIABILITAZIONE CARDIO RESPIRO) -FORMAZIONE IN MERITO AL DVA 76 REV.02 24/4/2019"gestione delle Anomalie del comportamento" -Formazione In merito alle dimissioni volontarie in PS -GIORNATA PER LA SICUREZZA DELLE CURE	n. Partecipanti 30 IN 5 DATE:2/10-24/10-11/11-19/11-28/11 n. PARTECIPANTI 15 NELLE DATE DEL 10 /10/19 E 11/10/19 N-10 PARTECIPANTI NELLE DATE DEL 11/11/19 E 12/11/19 -N.30 PARTECIPANTI NELLA DATA DEL 31/10/2019 N.80 PARTECIPANTI SUDDIVISI IN TRE DATE : 27/4/19,7/5/19 3 17/10/19. N.20 partecipanti del PS CIVILE 28/11 -17 SETTEMBRE 2019:Decalogo della sicurezza :E' l'ora della sicurezza per la cura del paziente
Riunioni UGR	1° incontro in data 11/2/19: 2° incontro in data 28/3/19 3° Incontro in data 19/4/19 4° incontro in data 22/5/19 5° Incontro in data 26/6/19 6 Incontro in data 8/10/19 7° Incontro in data 25/11/19
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/RCA	N.12
Swr/Incontri	Tutte le strutture(DAT, Consenso informato,)
Incident Reporting	N.42 segnalazioni
FMECA.....	-ANALISI A PRIORI DEL RISCHIO NEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN EMERGENZA ADULTO E PEDIATRICO
Collaborazione con il Periodico di informazione dell'ASO ABC NEWS	Dal mese di ottobre /Novembre 2019 si pubblica una procedura di una specifica struttura secondo il decalogo pubblicato in data 17/9.L'obiettivo è quello di mantenere questi criteri di sicurezza attraverso la collaborazione multi professionale, l'aggiornamento continuo e l'applicazione corrette di tutti i processi: Novembre 2019: ematologia :Implementazione del programma informatizzato Log 80

INCIDENT REPORTING: è adottato e implementato un sistema di segnalazione eventi avversi, near miss, eventi sentinella: le segnalazioni vengono effettuate tramite documento in PDF e inviate all'email rischioclinicomi@ospedale.al.it o portato direttamente alla SSa Rischio Clinico/ML -2° piano -Scala F-
LA DOCUMENTAZIONE E' DISPONIBILE PRESSO LA SEDE SSa RISCHIO CLINICO /MEDICINA Legale -ASO AL-0131/206774 - 0131/206281

SCHEMA RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

(Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 2 comma 5)

Normativa di riferimento:

- ✓ Legge 8 marzo 2017 n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*
- ✓ art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall'art. 2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 *“le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: d-bis) Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria”*
- ✓ Circolare Regione Piemonte prot. n. 13352 del 16 giugno 2017 *“Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative”*.

EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte (disponibile al link <http://www.sistemapiemonte.it//cms/pa/servizi/835-simes-sistema-informativo-monitoraggio-errori-in-sanità>).

La Regione Piemonte con Determinazione n. 699 del 7.8.2014 ha previsto la compilazione della Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)” per la segnalazione delle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Nella tabella di seguito sono indicati gli EVENTI SENTINELLA che si sono verificati nell’anno 2019 – dati estrapolati dall’applicativo SIMES Regione Piemonte al.....-

Allegato 1

EVENTI SENTINELLA ANNO 2019				
NUMERO EVENTO	AREA	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI azione	
291	OSPEDALE Infantile Arrigo: Dipartimento materno -Infantile	-Raccomandazione N. 7:Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	-Applicazione DVA 16 Rev.02/2016../Cambiamenti organizzativi di orario per quanto riguarda la consegna nel cambio turno/Formazione per il personale infermieristico sul vademecum del buon utilizzo della SUT./procedura per il caregiver(genitore) -Implementare la procedura di identificazione del paz -	Rilevazione trimestrale
312	Ospedale civile SS. Antonio e Biagio :Dipartimento materno Infantile/PS/DEA	-Raccomandazione N.6 :Prevenzione morte materna correlata a parto/travaglio -Raccomandazione n.16: Prevenzione per la	-1°azione:Il laboratorio di Microbiologia allerta telefonicamente il DEA qualora si positivizzi le emocolture e vien avviata la semina per l’identificazione	Rilevazione trimestrale

		prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	del germe. 2°azioneTrattenere in osservazione la gravida al terzo trimestre di gravidanza in OBI o Sc Ostetricia in presenza di febbre brividi dolori lombari ,vomito.	
324	Centro Riabilitativo Borsalino	- Raccomandazione N. 7:Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	-Rinnovo formazione DVA 16 a Medici e Infermieri. della struttura.. Rinnovo formazione tenuta cartella clinica integrata a Medici e Infermieri della struttura./Rispetto delle buone pratiche cliniche relative alla prescrizione dei farmaci e loro somministrazione. /Rinnovo formazione sulla gestione dei farmaci e compilazione del registro presso la struttura aziendale./Rinnovo formazione sulla Procedura "Gestione e comunicazione eventi avversi"	Rilevazione trimestrale. Controllo cartella clinica integrata
337	Ospedale civile SS. Antonio e Biagio: Dipartimento Internistico/Dipartimento chirgicovascolare	- Raccomandazione N. 7:Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	-a livello organizzativo formulare una procedura sui pazienti CCH in appoggio nella struttura internistica. Rinnovo formazione DVA 16 a Medici e Infermieri. della struttura.. Illustrare il Vademecum del buon utilizzo della STU a Medici e Infermieri. -Formulare protocolli condivisi sulla preparazione preoperatoria dei pazienti candidati ad intervento cardiocirurgico.	Rilevazione trimestrale.

SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L'incident reporting è uno strumento per la raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e spontanea, relative ad eventi indesiderati e/o quasi eventi.

Descrivere il sistema attivo a livello aziendale e le relative funzionalità.....

La tabella di seguito riporta gli eventi avversi raccolti attraverso gli strumenti di incident reporting attivi a livello aziendale, diversi dagli eventi sentinella di cui alla tabella precedente.

ALTRI EVENTI AVVERSI anno 2019					
	N.	AREA DI APPARTENENZA	TIPOLOGIA EVENTO	CAUSE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
	N. eventi che si sono verificati nell'anno per tipologia	Es.S.C./Dipartimento Ortopedia, Ostetricia, ecc...	Es. cadute, aggressioni operatore, lesione da decubito, altri eventi specifici per UO	Elenco principali CAUSE per tipologia evento	Elenco principali azioni di miglioramento realizzate in relazione alla tipologia di evento

QUASI EVENTO	1	Dipartimento chirurgico	Non corretta Procedura di identificazione attiva del paziente nella pratica trasfusionale	-mancata identificazione attiva del paziente per mancata lettura documentazione dati pazienti	Formazione a Medici e Infermieri nella corretta identificazione del paziente :corretta registrazione dei dati e compilazione richiesta trasfusionale
	2	Dipartimento chirurgico vascolare	Non corretta Procedura di identificazione attiva del paziente nella pratica trasfusionale	mancata identificazione attiva del paziente per mancata lettura documentazione dati pazienti	Formazione a Medici e Infermieri nella corretta identificazione del paziente :corretta registrazione dei dati e compilazione richiesta trasfusionale
	1	Dipartimento internistico	Non corretta Procedura di identificazione attiva del paziente nella pratica trasfusionale	mancata identificazione attiva del paziente per mancata lettura documentazione dati pazienti	Formazione a Medici e Infermieri nella corretta identificazione del paziente :corretta registrazione dei dati e compilazione richiesta trasfusionale
	10	Dipartimento servizi	Non conformità invio campioni	Gestione del materiale biologico fuori dagli orari /trasporto di quale personale mancanza di notizia cliniche	Formulazione di Istruzione operativa e DVA ad hoc
	1	Dipartimento chirurgico	Paziente uscito dal BO presenta deflussore tagliato con Accesso venoso ostruito da sangue coagulato	Mancanza di supervisione .	Contattato bo Sala risveglio
	3	Dipartimento dei servizi	Pz dal Ps per TC Torace con MDC senza premedicazione in paziente con pregresso shock	Non corretta anamnesi	IO Per condivisione di informazioni cliniche
			anafilattico		

EVENTI AVVERSI	1	Centro riabilitativo Borsalino	-Non congrua somministrazione di terapia a paziente CCH/Non monitoraggio dei parametri	Non corretto utilizzo della SUT/Non utilizzo della scheda PRIMA	Rinnovo formazione DVA 16 a Medici e Infermieri. della struttura.. Rinnovo formazione tenuta cartella clinica integrata a Medici e Infermieri della/Utilizzo della scheda PRIMA
	1	Dipartimento Materno Infantile	-Non avere adispozione Farmaci ev antimalarici in reparto.	-Ripristino corretto della fornitura. Controllo armadio farmaci	IO per farmaci indispensabili che non devono mai mancare in un reparto
	1	Dipartimento Internistico	-paziente in contenzione in 4° in scadenti condizioni cliniche	-Modalità e tipologia del personale che deve procedere alle verifiche ed eventuali valutazioni	-rev. DVA 76 con modifica di rilevamenti parametri -modifica della scheda infermieristica dove si riportano le azioni e le osservazioni che vengono effettuate sul paziente. -Rivalutazione medica della necessità di contenzione 3 volte nelle 24 ore tenuto conto delle note infermieristiche.

