

Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico ASO AL 2020

Il presente documento individua i contenuti utili al fine della predisposizione del report annuale 2020 sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del Rischio Clinico (Tempistica di realizzazione: entro il 31.01.2020)

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/MEDICINA LEGALE ASO AL 2020

RESPONSABILE Dr Valter Declame

rischioclinicoml@ospedale.al.it

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.

DVA 99	PERCORSO DI TRASFERIMENTO DEL PZ COVID
DVA 95	PRERICOVERO PER CHIRURGIA DI ELEZIONE IN EPOCA COVID
DVA 94	GESTIONE CLINICA AREE COVID
DVA 102	ADOZIONE DVA 102 MODALITA' APPLICATIVE DELLA TELEVISITA
DVA 103	DVA GESTIONE DEI TEST RAPIDI ANTIGENICI E TEST MOLECOLARI
DVA 104	UTILIZZO DEL BRACCIALETTO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
DVA 91	MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE MALATTIE INFETTIVE
DVA 15	GESTIONE CONSULENZE
DVA 90	GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOEMATOLOGICO CON IRA ACUTA

** 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. **La SSA Rischio clinico/ ML ha provveduto all'implementazione delle schede su applicativo AGENAS ,Stato di monitoraggio inviato alla Regione Piemonte in data 15/10/2020.***

Accreditamento ASR sotto il profilo della conformità ai requisiti di cui all'Intesa Rep. Atti n. 259/CSR - recepita con DD. 725/2017 - 6^ criterio appropriatezza clinica e sicurezza

6.2.1 : - L'Azienda ha presentato l'elenco dei documenti che recepiscono la gran parte delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del rischio clinico : occorre che specifichi anche come ha recepito le raccomandazioni 18 e 19

- In Azienda sono attive due funzioni/strutture che si occupano rispettivamente delle attività di prevenzione del rischio clinico e del controllo delle infezioni correlate all'assistenza : occorre favorire l'integrazione delle loro attività (ad esempio con piani di lavoro che comprendano i due ambiti)

Azioni finalizzate all'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente

Registrazione nell'anno 2020 di n. 1 Buona Pratica su Portale AGENAS//

Monitoraggio dello stato dell'arte nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private e accreditate

Descrizione azioni intraprese a livello aziendale per il monitoraggio ivi inclusa la rilevazione dei sistemi di incident reporting e di gestione dei sinistri; procedure di prevenzione e gestione delle cadute; presenza della Check list in sala operatoria - ove presenti U.O. Chirurgiche; procedure monitoraggio infezioni, etc...

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")

- <https://www.ospedale.al.it/ssa-rischio-clinicoml/>.

Definizione di metodi e strumenti efficaci per la comunicazione dell'evento avverso all'interno della struttura, fra operatori e, all'esterno, al paziente ed ai famigliari

Descrizione percorsi formativi progettati/avviati a livello aziendale indirizzati a referenti aziendali rischio clinico

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento fornisce le linee di indirizzo per la definizione e il controllo delle modalità di segnalazione degli eventi avversi, indicando la tipologia di eventi da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (cosa, chi, a chi, come segnalare) oltre alle modalità di comunicazione aperta e trasparente.

La tipologia degli eventi da segnalare è la seguente:

- ❖ Eventi Sentinella: il verificarsi di evento sentinella comporta l'obbligo di segnalarlo immediatamente
- ❖ Eventi Avversi e quasi eventi (Near Miss): per i *quasi eventi* (Near Miss) la segnalazione di near miss deve essere effettuata utilizzando la scheda di INCIDENT REPORTING reperibile al seguente indirizzo: <http://10.70.0.114:8080/AllegatiPaginaDescrizione/SchedaSegnalRischio.pdf> ; in alternativa inviando un'email all'indirizzo di posta elettronica: governoclinicoml@ospedale.al.it.
- ❖ per gli eventi avversi è fatto obbligo di segnalare ogni evento avverso che interessi i seguenti ambiti;
 - Chirurgico compreso quello trapiantologico ove presente;
 - Farmacologico;
 - Materno-infantile;
 - Emergenza-urgenza;
 - Trasfusionale
 - Diagnostico (indagini di laboratorio, diagnostica istologica e citologica, diagnostica per immagini, valutazione clinica)
 - ogni evento che abbia determinato un potenziale pericolo per la salute e/o la vita del paziente compilate in modo assolutamente anonimo.

La consegna delle segnalazioni possono avvenire:

- tramite email : rischioclinicoml@ospedale.al.it.
- si possono consegnare al coordinatore della S.S. Governo Clinico/ML: Scala F 2°piano stanze numero 6774/6281.

Azione 3. 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)

TOTALE CADUTE ANNO 2020: n. 346

n° cadute	strutture		n° cadute	strutture
14	malattie apparato respiratorio		2	orl
15	ortopedia e traumatologia		4	chirurgia toracica
5	gastroenterologia		3	ostetricia e ginecologia
19	oncologia		12	ematologia
18	dea/ps		6	chirurgia generale
13	cardiologia		3	dialisi
10	nefrologia		1	reumatologia
7	chirurgia vascolare		1	ti cch
2	unita' spinale		1	gravi cerebrolesi
36	medicina urgenza		4	spdc
16	geriatria		1	ds polisp
16	malattie infettive		2	radiologia
16	nch			
15	cch			
27	riabilitazione cardio respiro			
15	rrf			
36	medicina generale			
33	neurologia			
9	urologia			

le schede di segnalazione delle cadute vengono inviate dai reparti al dipsa che provvede all'inserimento dei dati in un apposito database per lanalisi 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 tute 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.

Azione 4. Sicurezza in sala operatoria – Monitoraggio sistematico dell'uso della check list 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

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 anesthesiologia 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.

Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica - Riconciliazione terapia farmacologica

Evidenza di una modalità che consenta la tracciabilità del processo di ricognizione e riconciliazione

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. Da ottobre 2020 utilizzo del braccialetto identificativo DVA 104 Effettuato n. 1 Audit per evento segnalato nella Sc PEDIATRIA NEL GIUGNO 2021
- per la prevenzione di errori in terapia farmacologica:
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.

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

Implementazione e monitoraggio della raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica: effettuato audit . **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 dei farmaci

Azione 7. Programma regionale per l'emergenza intraospedaliera

Introduzione schede di monitoraggio (Observation Chart) integrate medico infermieristiche nei reparti di degenza per adulti, ostetricia e pediatria

Adozione della scheda Observation Chart	%100 nei reparti per pazienti acuti Presidio Civile e ospedale Riabilitativo Borsalino
	in Ostetricia nel mese di gennaio 2020 il direttore di struttura ha dato le dimissioni. Si è iniziato l'utilizzo della Scheda PRIMAO dal novembre 2020 con l'assunzione del nuovo direttore di struttura. Nella SC PEDIATRIA all'arrivo delle schede dopo l'iniziale fase pilota si sono prenotate le schede. Un avvio lungo per l'approvvigionamento in tempo di COVID. L'adozione è iniziata dal maggio 2021.
Implementazione e monitoraggio controllando le cartelle di molte strutture dell'AO.	

Azione 8. Sviluppo cultura della valutazione e dell'accountability

Eventi formativi/informativi realizzati nell'anno in relazione alla tematica "Rischio clinico"

Corso tematica "...Il consenso informato in tempo di Covid"	Microcrossoft team, con i reparti COVID e No COVID
CORSO "La gestione del rischio in ASO :percorso formativo del neo assunto	Corso FAD codice 36862

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	4
Iniziative/Risultati RCA	2
Iniziative/Risultati SWR	
.....	

Azione 11. Violenza su operatori

Esistenza di indicazioni aziendali per la gestione delle situazioni complesse

DVA 64 "PREVENZIONI DELLE AGGRESSIONI VERSO GLI OPERATORI SANITARI /AMMISTRATIVI rev 00 DEL 20/5/2015,

Segnalazioni di eventi violenti all'interno dell'Azienda

1° TRIMESTRE: 29

2° TRIMESTRE:28

3° TRIMESTRE:36

4° TRIMESTRE:46

Il Pronto soccorso risulta essere il reparto più coinvolto.

Altri reparti: Ostetricia, Psichiatria, Riabilitazione cardiorespiro, Neurologia, Medicina Generale, Ps Pediatrico, Malattie Infettive, Orl, Medicina Urgenza, Chirurgia Vascolare, ambulatorio riabilitazione Borsalino,

L'azienda ospedaliera partecipa allo studio "gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro : studio osservazionale descrittivo analitico mulricentrico (studi CEASE-IT)

Azione 15. Misure di prevenzione da infezione da SARS-COV2

Effettuare azioni di sostegno al corretto e appropriato utilizzo dei DPI, anche attraverso attività proattive quali visite /audit per la sicurezza, e avvalendosi delle funzioni competenti (referenti per il rischio infettivo, risk manager, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, medico competente, ecc.):

-Il Coordinatore Del Rischio Clinico Dal 17 Marzo 2020 Al 28 Aprile 2020, Interagiva Giornalmente Con I Coordinatori Infermieristici Dei Reparti Covid E No Covid, Con Il Dipsa E La Sc Farmacia, Per L'approvvigionamento Quotidiano Di Tutti I Dispositivi Di Sicurezza.

- Gli Infermieri Del CIO Giornalmente Fornivano Sessioni Della Formazione Alla Vestizione E Svestizione.

-Il Medico Competente E Tutta La Sua Equipe Ogni Giorno Erano Presenti Per Risolvere La Problematica Rilevata Da Parte Degli Operatori Sanitari. Test Molecolari, Antigenici Ecc. DVA 103.

-Istruzione Operativa per le indicazioni all'uso razionale dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

i dispositivi di protezione individuale (dpi) sono considerati misure efficaci per la protezione dell'operatore sanitario, se utilizzati in modo appropriato.

essi devono essere inseriti nel contesto organizzativo, assistenziale e procedurale, sulla base di un'attenta valutazione del rischio di contagio.

ottimizzare l'utilizzo dei dpi è una responsabilità di tutti gli operatori sanitari. pertanto, per un uso corretto dei dpi

e per impedirne la carenza, bisogna pianificare e raggruppare le attività assistenziali, con una gestione appropriata delle risorse in termini di interventi sul paziente e dedicando personale per minimizzare le occasioni di contatto. le seguenti indicazioni sull'utilizzo dei dpi da parte del personale sanitario sono state elaborate sulla base del rapporto iss covid-19 n. 2/2020 rev "indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da sars-cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale sars-cov-2".

come indicato nel suddetto rapporto, si rammenta che:

le più efficaci misure di prevenzione da applicare sia nell'ambito comunitario che sanitario, includono:

- a. praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone o, se questi non sono disponibili, con soluzioni/gel a base alcolica. in ambito sanitario è raccomandato l'uso preferenziale di soluzioni/gel a base alcolica, in modo da consentire l'igiene delle mani al letto del paziente in tutti i momenti *certificata*)
- b. evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;

raccomandati (prima e dopo il contatto, prima di manovre asettiche, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici in vicinanza del paziente);

b. evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;

c. tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;

d. indossare la mascherina chirurgica nel caso in cui si abbiano sintomi respiratori ed eseguire l'igiene delle mani dopo avere rimosso ed eliminato la mascherina;

e. evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.

AREE DI DEGENZA

MISURE DI PROTEZIONE/ DPI

CONTESTO DI LAVORO	Guanti	Doppi guanti FFP3	Mascherina chirurgica	Filtranti facciali Impermeabile	Camice	Tuta impermeabile Visitatore	Visor o occhiali
TUTTI I PAZIENTI (se possibilità a farlo)				X			
REPARTI COVID/ AREA GRIGIA (operatori a contatto diretto coi pazienti)	X	X	X (se procedure o setting a rischio di generare aerosol)	X	X (in alternativa a camice)	X	X
REPARTI COVID (operatore in appoggio "pulito")	X	X		X	X (se non disponibile camice)	X	
REPARTI NO-COVID (casi non sospetti)	X	X		X (se procedure o setting a rischio di generare aerosol)	X	X (se procedure a rischio contatto con liquidi biologici)	X
REPARTI NO-COVID (casi sospetti)	X	X	X (se procedure o setting a rischio di generare aerosol)	X	X (se non disponibile camice)		X

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 2016 – dati estrapolati dall'applicativo SIMES Regione Piemonte al.....-

EVENTI SENTINELLA ANNO 2020				
NUMERO EVENTO	AREA	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE	SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE
n. progressivo SIMES Regionale	Es.S.C./Dipartimento Ortopedia, Ostetricia, ecc...	Inserire categoria evento secondo l'elencazione di cui al Protocollo di monitoraggio ministeriale (es. 1. Procedura in paziente sbagliato, 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata, ecc...)	Azione/i di miglioramento realizzate in relazione all'evento sentinella	Azioni a lungo termine di cui alla scheda C
357	Dipartimento materno infantile Sc Pediatria / Evento 11/6/2020	- 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.. richiesta di un armadio adibito all'approvvigionamento delle flebo/ Controllo armadio flebo giornaliero con firma/Rispetto delle buone pratiche cliniche relative alla prescrizione dei farmaci e loro somministrazione.: etichettare con il nominativo le flebo/verifica della SUT per l'Obi/Rinnovo formazione sulla gestione dei farmaci e compilazione del registro presso la struttura aziendale./Rinnovo formazione sulla Procedura "Gestione e comunicazione eventi	-rilevazione trimestrale.

			avversi”	
380	Dipartimento internistico_ Medicina Geriatrica	-Raccomandazione n.4_prevenzionedel suicidio in ospedale Evento 7/12/2020	-Il paziente non aveva in anamnesi il pz non presentava fattori di rischio di suicidio. Il gruppo coinvolto in accordo con la DMP, e ASSIO , la formazione di un gruppo di lavoro in integrazione con la Sc di Psichiatria e Sc di Psicologia la revisione del DVA 07 – Prevenzione del suicidio. Con integrazione delle diverse competenze degli operatori sanitari presenti nelle varie strutture, possibilità di avvalersi di consulenze psichiatriche e psicologiche con un maggior coinvolgimento delle famiglie e degli amici	Revisione del DVA 07 ENTRO IL 30/4/2021

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					
	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: Sc Chirurgia generale	Pz operato di ernia inguinale uscendo dal blocco 1 (Sala Operatoria) presenta nella prolunga del CVP del liquido bianco: L'infermiere non avendo informazioni in merito procede alla rimozione della prolunga e aspirazione di tale liquido	-mancata supervisione alla uscita dalla sala operatoria .	Alla uscita del paziente controllare il paziente in toto e le linee infusive prima di inviarlo al reparto di destinazione

		Dipartimento dei servizi sanitari-Sc Radiologia	Richiesta di RX torace per tosse paziente proveniente da Ps in data 25/2/2020 in shock Room senza che enisse detto che era un paziente potenzialmente infetto da covid 19 da colloqui intercorsi tra medico di Ps, e infettivologo il tecnico percepisce che il	I dispositivi di protezione individuale (DPI) sono considerati misure efficaci per la protezione dell'operatore sanitario, se utilizzati in modo appropriato. Essi devono essere inseriti nel contesto organizzativo, assistenziale e procedurale, sulla base di un'attenta valutazione del rischio di contagio.	Istruzione Operativa per le indicazioni all'uso razionale dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) Formazione specifica a tutto il personale PS-Radiologia.
1		Blocco operatorio	Pz di 48 anni sottoposto ad intervento aorta addominale per dissezione. Classificato ASA5. alle 13,45 alla fine dell'intervento togliendo i teli il lato mediale degli arti apparivano con importante eritema e due lesioni con flittena a livello delle ginocchia si Posizionava garza fitostimolina	-non applicare calore agli arti inferiori durante il crossoclampping aortico.	-Formazione del personale e formulazione di una Istruzione operativa.

EVENTI AVVERSI	1	Dipartimento materno infantile PS Pediatrico Evento 12/2/2020	Evento infortunio presso il Ps Infantile dovuta ad un paziente minore ricoverato grave crisi di agitazione psicomotoria	-Modalità e tipologia del personale che deve procedere alle verifiche ed eventuali valutazioni terapeutiche del paziente. / relazione interpersonale difficoltosa con i genitori	- Presenza di un Educatore al momento del ricovero del paziente con agitazione psicomotoria in PS ospedale Infantile./Rispetto delle buone pratiche cliniche relative alla prescrizione dei farmaci/Formulare protocolli condivisi tra equipe del Ps Ospedale Infantile e Neuropsichiatria Infantile/

Descrivere le Procedure/Protocolli/Istruzioni operative adottate a livello aziendale per scongiurare il verificarsi di EA

