

Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico ASO AL 2021

Il presente documento individua i contenuti utili al fine della predisposizione del report annuale 2021 sulle iniziative e sui risultati delle ASR relativi alla gestione del Rischio Clinico (Tempistica di realizzazione: entro il 31.01.2022)

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 – (format scorse annualità)

STRUTTURA/UNITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ASO AL ANNO 2021
RESPONSABILE DR VALTER DECLAME
EMAIL: rischioclinicml@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).

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.*

La SSa RISCHIO CLINICO/ML ha provveduto all'implementazione delle schede su applicativo AGENAS ,Stato di monitoraggio inviato alla Regione Piemonte in data 01/10/2021

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

.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



DVA 102
TELEVISITA.pdf

Registrazione nell'anno 2021 "Buone Pratiche" su Portale AGENAS:

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 familiari

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

- Sito INTRANET dell'Azienda Ospedaliera "Gestione del rischio "
- Sito SGQ dell'Azienda Ospedaliera " SSA RISCHIO CLINICO": verifica di conformità del sistema di gestione della norma ISO 9001:2015 26/10/2021:Organizzazione-documenti-relazioni-Istruzioni operative
- Procedura "Gestione e Comunicazione eventi avversi "Rev.03 del 9/1/2018

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)

n° cadute	strutture		n° cadute	strutture
46	MEDICINA D'URGENZA		29	ORTOPEDIA
59	MEDICINA GENERALE		5	CHIRURGIA VASCOLARE
21	GERIATRIA		1	RADIOLOGIA
10	CHIRURGIA GENERALE		3	ORL
35	RIAB. CARDIORESPIRO		4	GASTROENTEROLOGIA
37	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO		1	RADIOTERAPIA
32	RRF		1	CHIRURGIA PEDIATRICA
56	NEUROLOGIA		11	SPDC
12	CARDIOLOGIA		23	EMATOLOGIA
37	ONCOLOGIA		36	NCH
4	CHIRURGIA TORACICA		18	MALATTIE INFETTIVE
24	DEA/PS		3	NEFROLOGIA
5	OSTETRICIA/GINECOLOGIA		29	CCH
		TOTALE	552	

Compilazione Check List per la valutazione del grado di gestione delle cadute nelle ASR a seguito dell'adozione delle Linee guida regionali del 2014 (trasmessa con comunicazione e-mail del 4.10.2021) -

Richiesta compilazione Check list e caricamento sul Personal Share della Regione alle ASR che non vi hanno ancora provveduto : **EFFETTUATA COMPILAZIONE E CARICATA SUL PERSONAL SHARE DELLA REGIONE.**

Azione 4. Sicurezza in sala operatoria – Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in sala operatoria**Monitoraggio su 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 – strumenti e percorso definiti con circolare prot. n. 4160 del 27.2.2015

MONITORAGGIO Verifica annuale da parte delle direzioni Sanitarie di presidio della presenza in cartella clinica e della corretta/completa compilazione della Check List, secondo le modalità e le caratteristiche riportate nella presente procedura. Tale monitoraggio deve riguardare un campione di almeno il 15 % delle cartelle cliniche INDICATORE Presenza della Check List nel 100% delle cartelle cliniche monitorate

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

-DVA 16 : Procedura CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO REV.03 DEL 23/4/2021 Aggiornamento paragrafo "Ricognizione e riconciliazione farmacologica" Riferimento paragrafo 5 pagina 4

il DVA 16 si propone di descrivere comportamenti atti prevenire un uso non corretto dei farmaci e ridurre situazione di rischio. A tale scopo, sono stati completamente revisionati: il paragrafo 5 "Ricognizione e riconciliazione terapeutica" per fornire le modalità del processo in linea con la Raccomandazione 17; il paragrafo 6 "Prescrizione della terapia farmacologica" per fornire le indicazioni sull'uso di acronimi e abbreviazioni in linea con la Raccomandazione 18; il paragrafo 12 "Preparazione della terapia farmacologica" per fornire le indicazioni sulla manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide in linea con la Raccomandazione 19; il paragrafo 19 "Gestione farmaci multidose" per fornire la corretta manipolazione e conservazione dei farmaci multidose

Azione 6. Implementazione e monitoraggio Raccomandazione 14 - Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici

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

Progetto PRORA – aggiornamento su eventuali azioni di miglioramento.

-Effettuato Audit il 30/9/2021 Sc Ematologia con Direttore Sc Farmacia-Sc Ematologia - Coordinatore infermieristico,

-Utilizzo della check list della Raccomandazione n.14. e DVA 61 Rev.01 del 12/2/2016

Con una prevalenza >95% dei SI ai 125 quesiti della check list della Raccomandazione 14.

Azioni di miglioramento:

-Implementare la formazione continua degli operatori da parte dell'Azienda sanitaria"

Indicazione:

- (A) numero Strutture con Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interna; **1**
- (B) numero Strutture con Unità Farmaci Antitumorale (UFA) esterna in Service Aziendale/interaziendale. **0**
- (C) numero Strutture che allestiscono in Reparto

Rapporto $(A+B)/(A+B+C) = 1$

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

Adozione in tutti i reparti per acuti compreso ospedale riabilitativo Borsalino.(dal 2019)
Adozione scheda in ambito ostetrico (febbraio2021)
Adozione in ambito pediatrico (aprile 2021)

<p>Controllo effettuato su 250 cartelle : Chirurgia generale-ORL-Geriatria-Medicina Interna-SPDC: Presente nel 54,4% Non presente : nel 4,6% Non applicabile la scheda nel 40% :DH o DS</p>	
<p>Azione 8. Sviluppo cultura della valutazione e dell'accountability</p>	
<p>Eventi formativi/informativi realizzati nell'anno in relazione alla tematica "Rischio clinico"</p>	
<p>Corso tematica "...LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ASO PERCORSO FORMATIVO DEL NEOASSUNTO ANNO 2021....."FAD</p>	<p>n. partecipanti 100</p>
<p>Metodologie/strumenti adottati per l'identificazione e l'analisi del rischio (Incident reporting, Safety Walk Around, FMEA-FMECA, Root Cause Analysis, Audit clinici).</p>	
<p>Iniziative/Risultati Audit clinici</p>	<p>2</p>
<p>Iniziative/Risultati RCA</p>	<p>10</p>
<p>Iniziative/Risultati SWR</p>	<p>15</p>
<p>.....</p>	
<p>Azione 11. Violenza su operatori</p>	

Esistenza di indicazioni aziendali per la gestione delle situazioni complesse

L'Azienda ospedaliera ha provveduto ad istituire un gruppo aziendale multidisciplinare e multi professionale compost da un referente della direzione sanitaria, un referente Affari legali, il responsabile del servizio

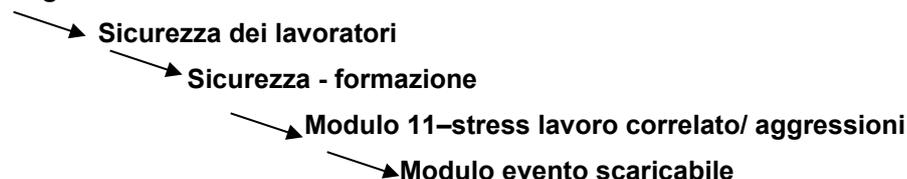
Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione

Il gruppo aziendale con cadenza definita si riunisce per esaminare le segnalazioni di aggressione pervenute e valutare eventuali provvedimenti sia a scopo preventivo che contenitivo relativi ai vari eventi.

Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella

L'Azienda intende favorire le segnalazioni degli eventi sentinella attraverso al diffusione della scheda di segnalazione rintracciabile nel seguente modo:

Pagina intranet dell'Azienda



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

Segnalazioni di eventi violenti all'interno dell'Azienda 2021

1° TRIMESTRE: 7

2° TRIMESTRE:7

3° TRIMESTRE:19

4° TRIMESTRE:17

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 multicentrico (studi CEASE-IT)

Azione 12. Analisi a priori dei percorsi a rischio

_Revisione elementi emersi nell'analisi del Cartorisk PS Pediatrico del novembre 2019:

-Incontro il 24 marzo 2021

-Invio Verbale alla dr.ssa Marciano (PS pedaitrico)il 2 aprile 2021.

-Monitoraggio delle raccomandazioni cartorisk Ostetricia 2018: Luglio 2021

-Preparazione del cartorisk Percorso della paziente nel blocco operatorio per l'anno 2022 ,:ottobre 2-Npovembre 2021 con invio email, contatti con i vari professionisti per programamre l'incontro il 15-16 marzo 2022.

Azione 13. Pratiche contenitive in ambito sanitario

Indicazioni/Procedure aziendali adottate

-DVA 76 GESTIONE DELLE ANOMALIE DEL COMPORTAMENTO REV.02//2020.
-SCHEMA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE FISICA MOD. SQ 01-02/DVA 76

Azione 14. Progetto sicurezza trasfusionale

Report aziendale sugli audit clinici nei reparti:

Audit clinico con check raccomandazioni 3/9/2021.

Presenza di procedure per la corretta identificazione del paziente comprensiva dell'utilizzo della stringa identificativa del candidato a trasfusione:

- MANUALE DEL BUON USO DEL SANGUE Rev. 03 del 1° settembre 2020
- DVA 104 REV.00/29/10/2020 UTILIZZO DEL BRACCIALETTO PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE.

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

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.) - Report su visite effettuate:
Vedere report CIO:

CONTESTO DI LAVORO	AREE DI DEGENZA								
	MISURE DI PROTEZIONE/ DPI								
	Guanti	Doppi guanti	Mascherina chirurgica	Filtranti facciali		Camice		Tuta impermeabile	Visor o occhiali
			FFP2	FFP3	Impermeabile	Visitatore			
TUTTI I PAZIENTI (se possibilitati 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
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)
REPARTI NO-COVID (casi sospetti)		X		X	X (se procedure o setting a rischio di generare aerosol)	X		X (se non disponibile camice)	X

Corsi specifici sul corretto utilizzo dei DPI appropriati e sulle procedure aziendali di accesso e assistenza ai pazienti COVID-19 attraverso la didattica online resa obbligatoria, altre iniziative di formazione.

-Corsi di vestizione effettuati dal CIO. Ad ogni apertura di u nuovo reparto COVID.

Supporto alle Unità di gestione COVID aziendali in sede di attuazione delle iniziative di cui al Piano Pandemico COVID-19.

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 2021				
NUMERO EVENTO	AREA	CATEGORIA EVENTO	PIANO DI AZIONE	SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE
404	DIP. INTERNISTICO	Raccomandazioni ministeriale n.4	-Rev. DVA 07 -Non sono emersi fattori che abbiano determinato o contribuito il verificarsi dell'evento	Scheda non necessaria. Azione conclusa nell'ambito della scheda B
416	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	RACCOMANDAZIONE N.6	-Eseguito riscontro diagnostico -Non sono emersi fattori che abbiano determinato o contribuito al verificarsi dell'evento.	Scheda non necessaria. Azione conclusa nell'ambito della scheda B

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
			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	01/2021	Blocchi operatori	evento specifico con individuazione precoce evento	Inadeguatezza attrezzature	Segnalazione alla ditta
	02/2021	PS	Posizionamento in PS di braccialetto identificativo a paziente con nome diverso	Mancato invio in stampa del braccialetto del paziente con il nome corretto -Riunione con gli operatori	Applicazione DVA 104./2020 -adottare il metodo del check visivo

	03/2021	Ostetricia	Arrivo della Paziente in Ostetricia dal Ps e non controllo del braccialetto identificativo con nome errato	Non controllo dei dati anagrafici prima del suo posizionamento	Applicazione DVA 104/2020. Effettuato Audit Con Ostetricia e PS -quando un paziente arriva in reparto con braccialetto già posizionato al Ps i dati anagrafici
	04/2021	Radiologia presidio infantile	Paziente agitato: contenuto farmacologicamente per evitare caduta del paziente	Unico operatore presente : carenza personale	-effettuato audit
	05/2021	Malattie Infettive	-Racc. ministeriale N.4	-Effettuato Audit -Segnalato ES	- Non sono emersi fattori che abbiano determinato o contribuito al verificarsi dell'evento.
	06/2021	TIP	Errato setting di cura	-Riunione con il personale della TIP -NIP	Revisione del PDTA agitazione psicomotoria nel paz pediatrico
	07/2021	SPDC	Pz che filma con fare aggressivo il personale di assistenza	Riunione con il personale medico e infermieristico -Audit	-Refresh DVA 64 -con proposte alla DS.
	08/2021	SPDC	Pz che colpisce con un pugno un altro paziente	Riunione con il personale medico e infermieristico	Refresh DVA 64 -con proposte alla DS.
	09/2021	SPDC	Un pz che aggredisce un altro paziente	-Riunione con il personale medico e infermieristico	Refresh DVA 64 -con proposte alla DS.
	10/2021	Pediatria.-NPI	-Errore in terapia farmacologica	-Riunione di reparto per ricordare l'importanza di porre particolare attenzione alla fase di prescrizione	-AUDIT -Refresh DVA 16

				somministrazione del farmaco.	
11/2021	PS Pediatrico	-pz adolescente pediatrico psichiatrico agitato e fisicamente adulto da contenere perché pericoloso per sé e per gli altri	- Incontro con il personale per individuare: -Nuovo PDTA per la gestione degli adolescenti psichiatrici -definizione di un percorso per accesso diretto al DEA Civile per il ricovero di tali pazienti	-AUDIT -DVA 74	
12/2021	BON	.Raccomandazioni e ministeriale n.2-3	-Audit con il personale del BON- _Utilizzo delle check list per il monitoraggio delle raccomandazioni 2-3	-Refresh DVA 24-25 -Modifica della check list sul conteggio delle garze	
13/2021	Radiologia.Ch. vascolare	.Non segnalazione su richiesta di RX torace patologia infettiva	-Incontro con refresh della procedura di richieste radiologiche	-P31/rad.	

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