



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA

art 2 comma 5 Legge 24/17

Anno 2019

1. INTRODUZIONE

L'art. 2, comma 5, della L.n.24 del 08/03/2017, sancisce la *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.*

Pertanto nella presente relazione, redatta in ottemperanza della suddetta norma, verranno esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori all'Unità Operativa Governo Clinico Rischio Clinico dell'Area Vasta n. 4 nell'anno 2019, secondo le modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi.

Saranno altresì sinteticamente affrontate le altre attività declinate nell'ambito del Rischio Clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, come la formazione e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

2. EVENTI SEGNALATI

In ASUR - Area Vasta n. 4 si è proceduto ad una prima ricognizione degli eventi avversi sulla base dei flussi informativi esistenti e in particolare:

- ✓ SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità)
- ✓ eventi avversi
- ✓ cadute accidentali
- ✓ reazioni avverse a farmaci
- ✓ segnalazioni relative a dispositivi medici
- ✓ reazioni trasfusionali
- ✓ revisione dei reclami.

Il Direttore U.O.C. Governo Clinico Rischio Clinico è componente dell'Unità Gestione Sinistri ed a seguito della valutazione dei casi, laddove ritenuto opportuno, in collaborazione con i medici legali, favorisce azioni di miglioramento rispetto alle eventuali criticità riscontrate coinvolgendo i professionisti interessati.

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

2.1 Eventi Sentinella

Nel corso del 2019 sono stati segnalati n. 8 eventi per il sistema SIMES, come di seguito rappresentati:

Cat.	Descrizione evento sentinella	n. eventi sentinella segnalati
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	5
12	Atti di violenza a danno di operatore	1
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	1
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1

Per quanto riguarda l'evento caduta in 4 casi su 5 dall'analisi delle cause e dei fattori contribuenti non è emerso nulla di rilevante essendo state attuate tutte le azioni contenute nella procedura vigente, tuttavia si è proposto di organizzare un incontro con il personale coinvolto nell'assistenza, al fine di focalizzare ulteriormente i contenuti della specifica procedura; in un altro caso avvenuto in sala di osservazione della Endoscopia digestiva è stata ritenuta utile una integrazione dell'istruzione operativa nell'assistenza post procedura endoscopica.

Nell'evento "*Atti di violenza a danno di operatore*" è stata proposta l'elaborazione di istruzioni operative per il trasporto del paziente in stato di agitazione e con disturbi comportamentali tra i vari servizi dell'ospedale, unitamente alla implementazione della procedura di Area Vasta sulla raccomandazione n. 8 (raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari).

Nell'evento "*Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico*" come azione di miglioramento è stata suggerita la stesura di istruzioni operative sull'utilizzo della diagnostica ultrasonografica in tutte le procedure di RCU da riportare nel verbale operatorio.



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

2.2 Eventi avversi

Con Determina n. 823/AV4 del 5.12.2018 “*Assetto organizzativo Gestione Rischio clinico AV4-individuazione Referenti e Facilitatori*” si è provveduto ad approvare l’assetto organizzativo dell’Area Vasta n. 4 per la Gestione del Rischio clinico, riferito alla rete dei Referenti e dei Facilitatori esteso alle funzioni dei componenti della rete.

Su proposta del Direttore UOC Governo clinico Rischio clinico e del Direttore dell’Area Infermieristica Ostetrica, condivisa dal Direttore di Area Vasta si è stabilito di individuare:

- come Referenti i Direttori dei Dipartimenti e delle Macroaree ospedaliera e territoriale per la dirigenza medica/sanitaria e le Posizioni Organizzative dipartimentali per il personale del comparto
- come Facilitatori i Direttori di Unità Operativa o loro dirigenti medici delegati per la dirigenza medica/sanitaria ed i Coordinatori infermieristici/tecnici per il personale del comparto

Con nota prot. n. 537879/FMDIR del 19.12.2018 il Direttore di Area Vasta n. 4 ha individuato nominalmente i Referenti di Macroarea e di Dipartimento e i Facilitatori di Unità Operativa.

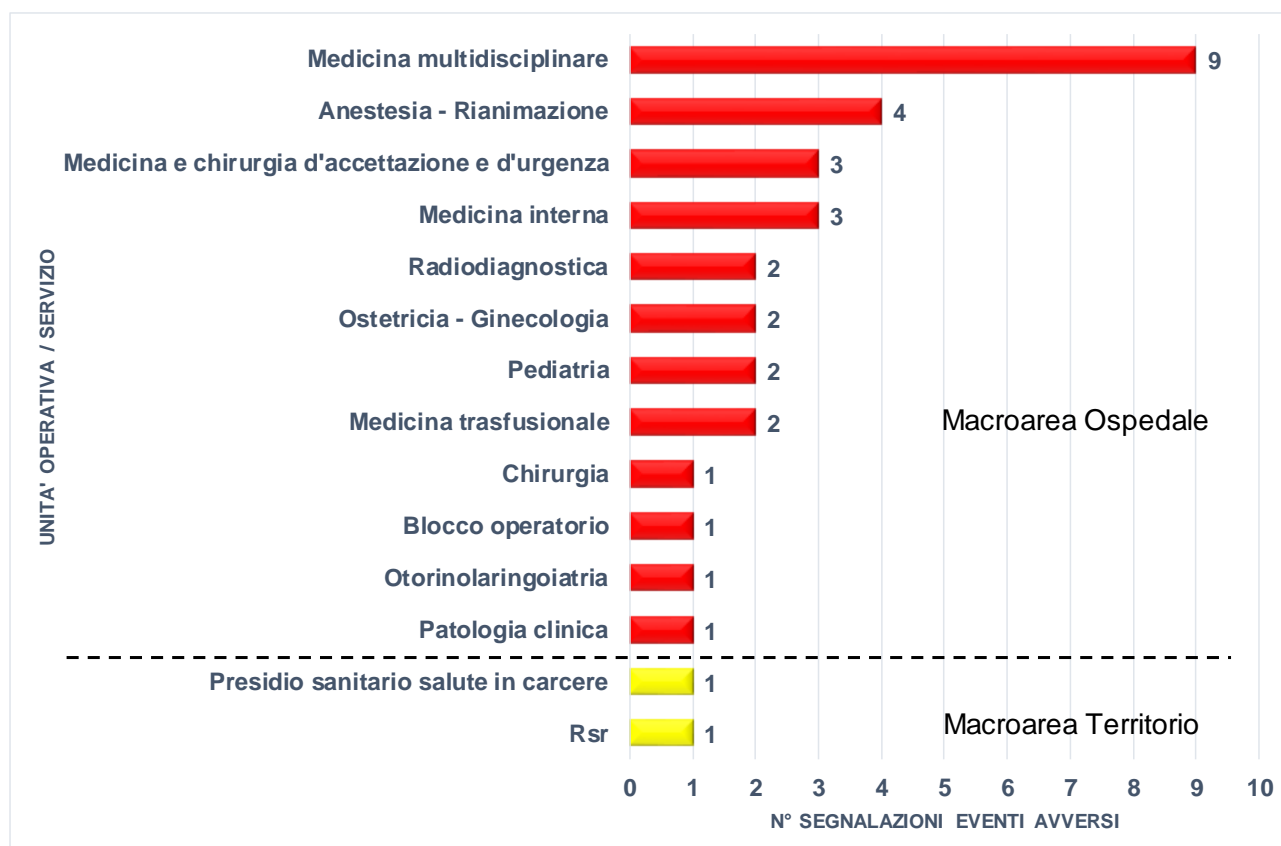
Inoltre il 19.12.2018 è stata approvata ed autorizzata la procedura “*Management eventi rischio clinico in AV4*”, rivolta a tutti gli operatori sanitari, allo scopo di predisporre una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni (near miss, eventi avversi senza esito, eventi avversi con danno, eventi sentinella), per la gestione degli eventi, e l’eventuale implementazione delle azioni di miglioramento ed il loro monitoraggio attraverso il supporto di apposite schede (scheda segnalazione eventi avversi, scheda A e scheda B per eventi sentinella, scheda B1 per analisi eventi avversi, scheda C per il monitoraggio eventi sentinella, scheda C1 per il monitoraggio eventi avversi, scheda segnalazione cadute).

Pertanto la raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi in AV4 è iniziata da gennaio 2019 su apposita scheda, mentre il sistema di segnalazione e monitoraggio delle cadute è attivo dal 2011; per questo motivo si è ritenuto opportuno continuare ad analizzare gli eventi caduta in modo specifico avendo la possibilità di valutare il trend nel tempo. Per primi verranno analizzati gli eventi avversi esclusi quelli riguardanti le cadute (n. 71 nel 2019) che verranno esaminati nel paragrafo successivo. Nel 2019 sono stati segnalati n. 33 eventi avversi, distribuiti prevalentemente nelle Unità Operative della macroarea ospedaliera. In questo primo anno in cui si è avviata la segnalazione degli eventi avversi (oltre alle cadute) sicuramente il dato è sottostimato e le Unità Operative che hanno

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

segnalato di più sono quelle i cui professionisti risultano più sensibili alla problematica della gestione del rischio clinico finalizzata alla prevenzione degli errori. Un grande contributo alla sensibilizzazione e alla diffusione della cultura del rischio è da attribuire alla realizzazione del corso base di formazione “*La promozione della cultura del rischio*” iniziato in Area Vasta n. 4 nel 2019 e articolato in numerose edizioni (si veda paragrafo specifico), rivolto a tutti gli operatori sanitari.

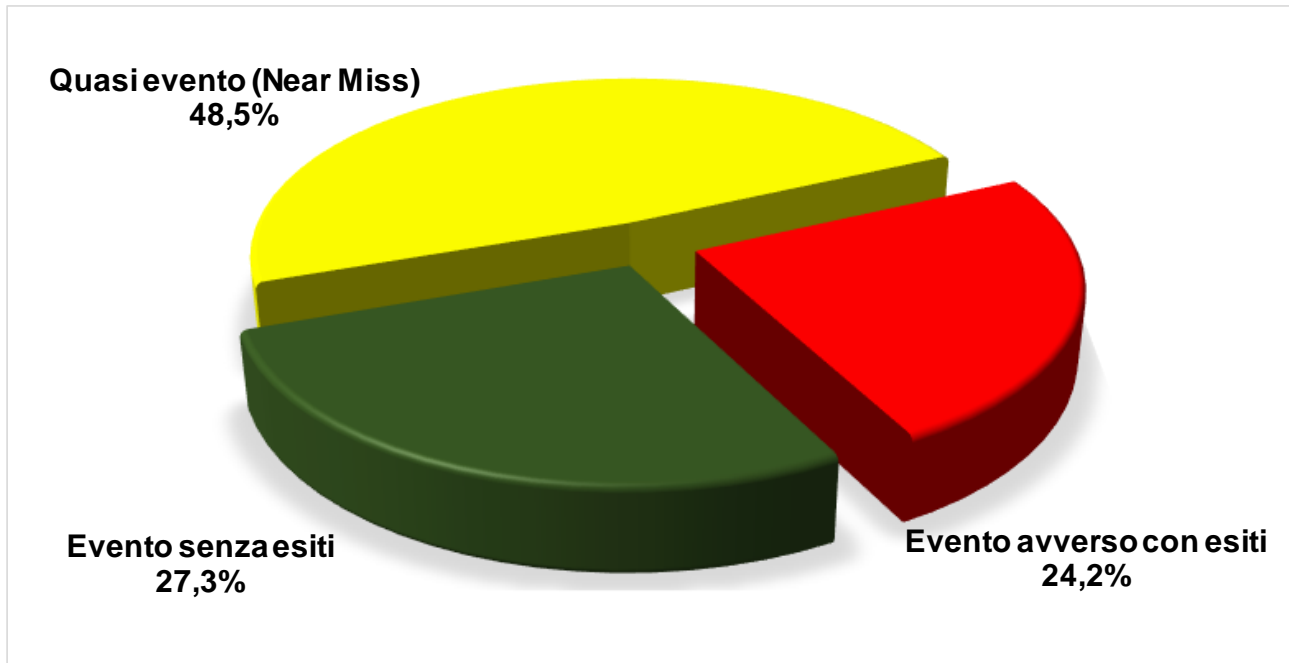
Grafico 1: AV4 anno 2019 Segnalazioni di eventi avversi suddivise per Unità Operativa



Relativamente alla tipologia di eventi, seppur si tratta ancora di piccoli numeri, è interessante notare come ben il 75% sia rappresentato da near miss ed eventi senza esito.

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

Grafico 2: AV4 anno 2019 Eventi avversi – Tipologia



Per quanto riguarda i fattori che possono aver contribuito all'evento avverso (è possibile indicarne più di uno) nelle 27 schede in cui è stato indicato, per 18 casi è risultato un fattore legato al personale mentre per 13 casi è risultato un fattore legato all'organizzazione.

Tab. 1 AV4 anno 2019: Eventi avversi - Fattori contribuenti

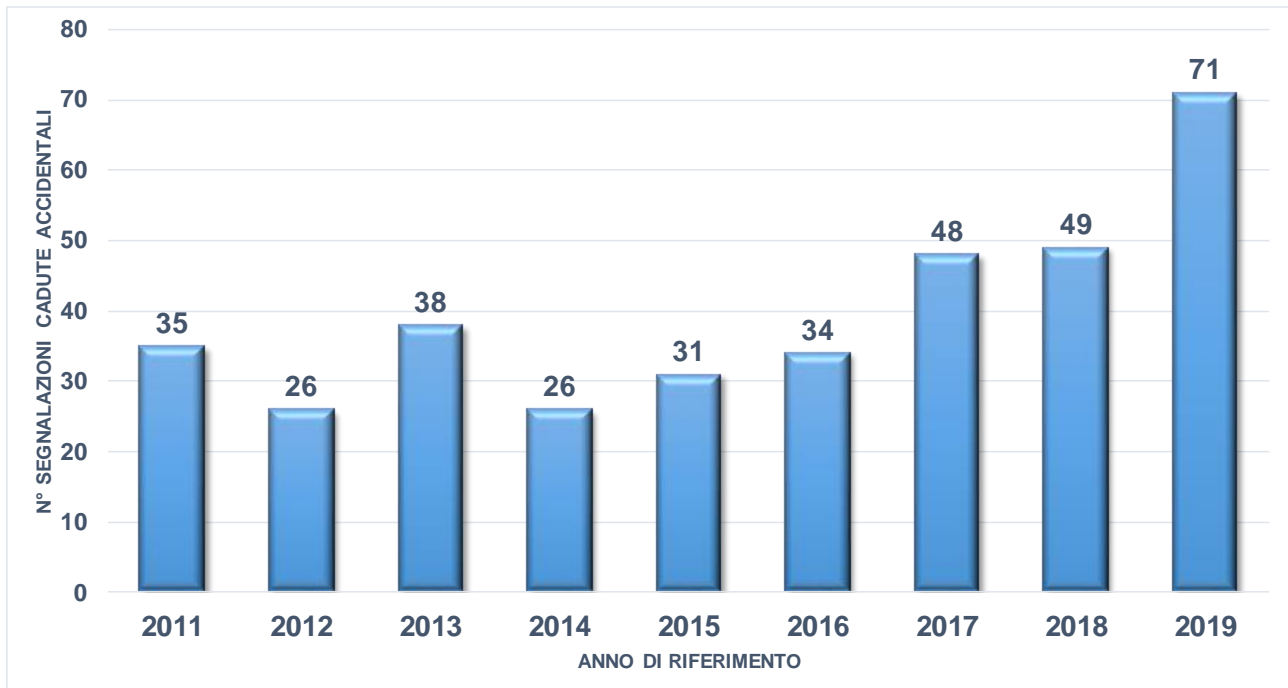
Fattori contribuenti l'evento avverso	N.
Fattori legati al personale	18
Fattori legati all'organizzazione	13
Fattori legati al paziente	9
Fattori legati alla comunicazione	5
Fattori legati alla struttura	1
Altri fattori	8
Non rilevato	6

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

2.2.1 Eventi cadute

Nell'AV4 dal 2011 è attivo un sistema di segnalazione e monitoraggio delle cadute e nel periodo 2011-2019 sono state effettuate 358 segnalazioni. L'andamento nel periodo di monitoraggio è evidenziato nel grafico 3 mentre nel grafico 4 (segnalazioni delle cadute suddivise per macroarea) si evidenzia come le cadute siano fin dall'inizio segnalate anche nei presidi territoriali (RSA, RSR, Hospice, ecc.).

Grafico 3 AV4: segnalazioni di cadute accidentali (anni 2011 – 2019)



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

Grafico 4 AV4: segnalazioni di cadute accidentali suddivise per Macroarea (anni 2011 – 2019)

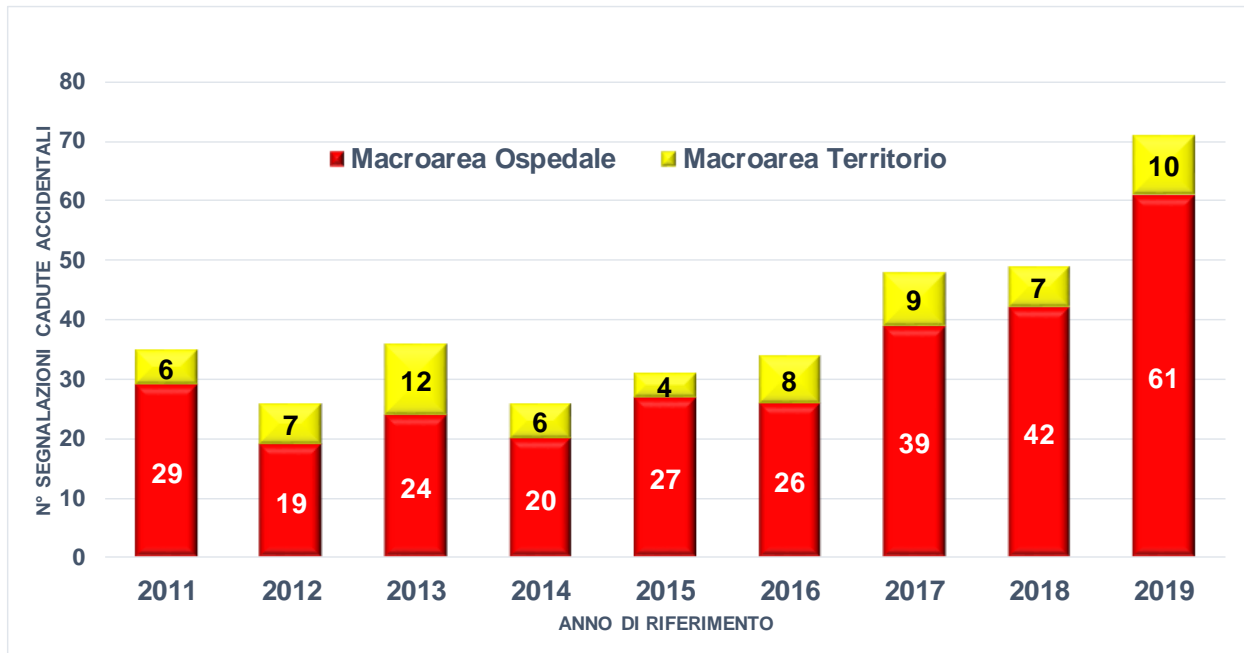
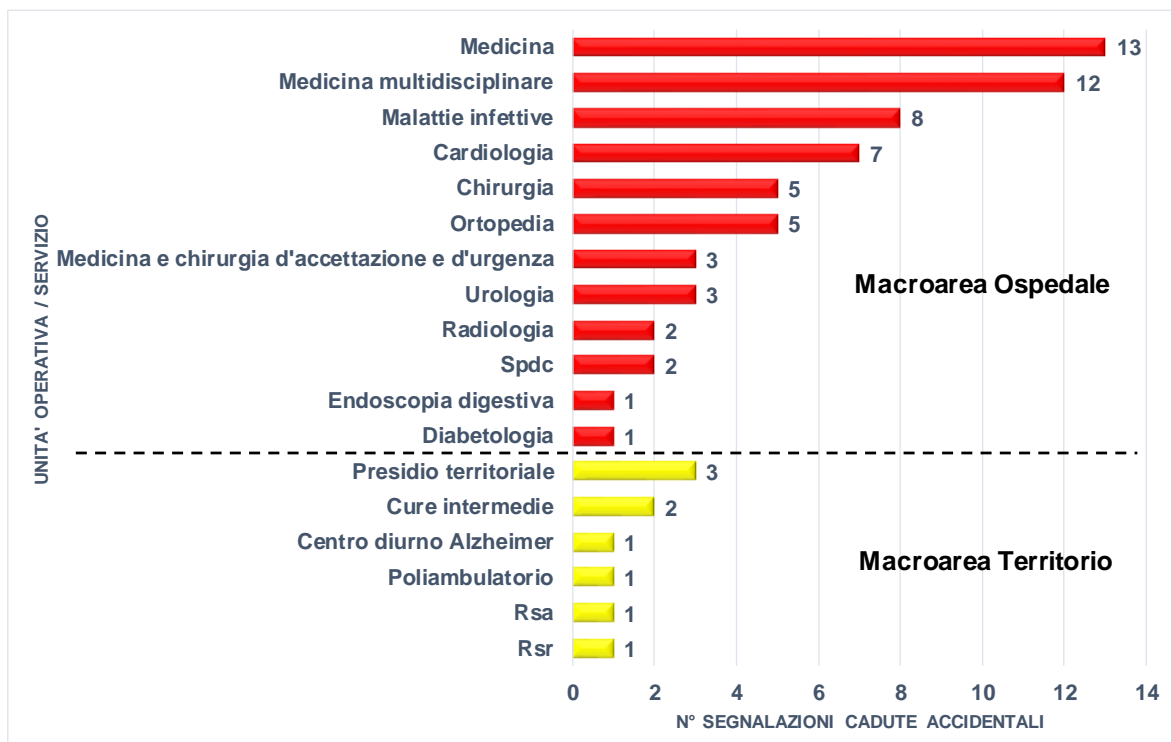


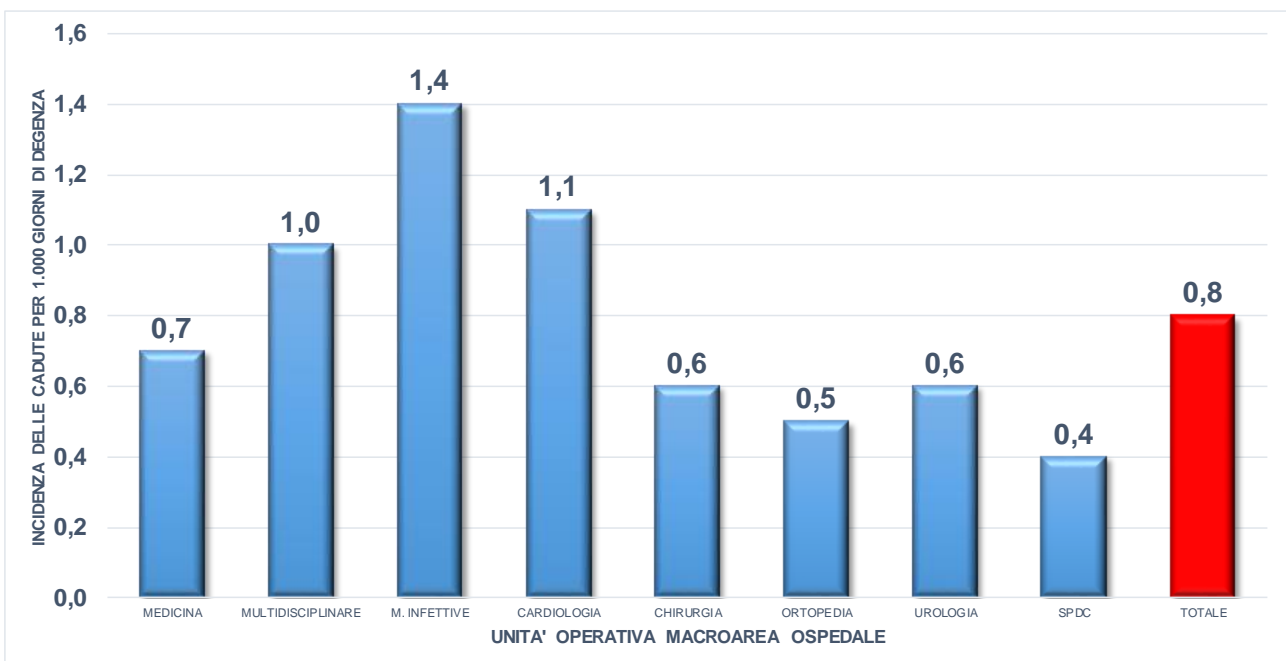
Grafico 5 AV4 anno 2019: Segnalazioni di cadute accidentali suddivise per Unità Operativa



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

L'analisi dei dati riportati nel grafico 5, di per sé, fornisce poche informazioni sul rischio di cadere in una U.O. piuttosto che in un'altra. Considerando le giornate di degenza come tempo di esposizione al rischio, si è calcolato un dato di incidenza rapportato a tale "esposizione". Il grafico 6 descrive questa standardizzazione.

Grafico 6 AV4 anno 2019: Incidenza delle cadute per 1000 giorni di degenza (Ordinari) per U.O.



Ciò mostra la rarità del fenomeno rispetto alla casistica trattata.

Le cadute avvengono maggiormente tra pazienti ricoverati (63; 88,7%) e selezionati a rischio con scala di valutazione (48; 67,6%).

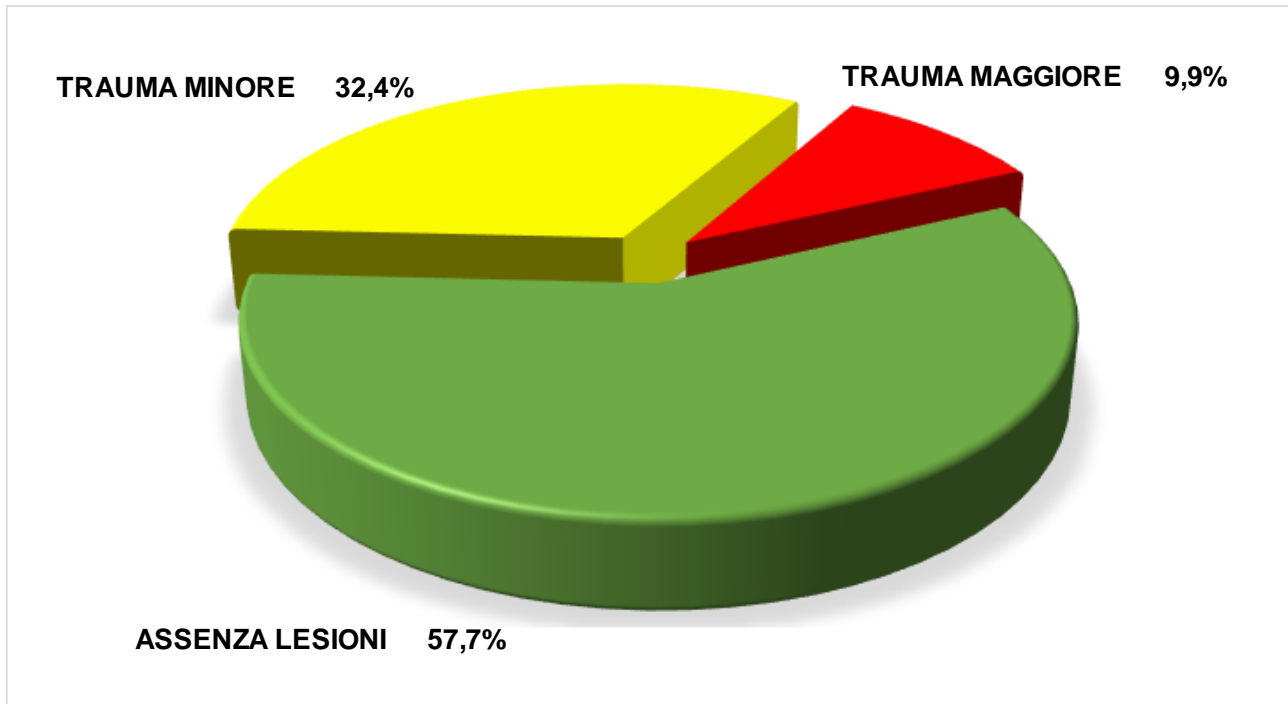
Indicativamente la segnalazione avviene il giorno stesso dell'evento e l'età media del paziente è di 72,6 anni, prevale il sesso maschile (38; 53,5%) rispetto al femminile (33; 46,5%).

Le cadute avvengono più frequentemente durante la fascia oraria notturna (26; 36,6%) e mattutina (25; 25,5%) e sono maggiormente coinvolti i pazienti con alterazioni dello stato mentale e dei sensi.

Il meccanismo più frequente è lo scivolamento dal letto (con o senza sponde) e dalla posizione eretta, ciò avviene prevalentemente nella stanza di degenza ed in bagno.

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

Grafico 7 AV4 anno 2019: esiti delle cadute



Come si evince dal grafico 7 il 9,9% delle cadute ha comportato un trauma maggiore mentre nel 32,4% i pazienti hanno riportato lievi danni principalmente rappresentati da contusioni ed escoriazioni.

I dati relativi alla segnalazione delle cadute, pur con il limite di essere sottostimati, hanno sicuramente rappresentato una opportunità per programmare le azioni di miglioramento (espressamente previste dalla DGRM 1097/2015 e recepite nella revisione della procedura di Area Vasta).

2.3 Reazioni avverse a farmaci

Nel 2019 sono state segnalate 46 reazioni avverse a farmaci di cui 24 gravi (52,2%). Le segnalazioni sono state effettuate prevalentemente dal medico (84,8%), mentre 6 casi sono stati segnalati da utenti (13%) ed 1 caso (2,2%) dal farmacista.

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

In linea con il contesto sanitario nazionale il livello di segnalazioni di questi eventi è molto basso. I dati sono riportati nella tabella 2.

Tab. 2 AV4 anno 2019: Reazioni avverse a farmaci (ADR Adverse Drug Reaction)

ADVERSE DRUG REACTION ANNO 2018	46
--	-----------

SESSO	N.	%
M	22	47,8
F	24	52,2
TOT.	46	100

GRAVITA'	N.	%
Grave	24	52,2
Non grave	22	47,8
Non definito	0	
TOT.	46	100

GRAVITA'	N.	%
Decesso	2	8,3
Ospedalizzazione o suo prolungamento	11	45,9
Invalidità grave o permanente	2	8,3
Pericolo di vita	2	8,3
Altra condizione clinicamente rilevante	7	29,2

ESITO	N.	%
Decesso	2	4,4
Risoluzione completa	24	52,2
Risoluzione con postumi	2	4,4
Miglioramento	8	17,3
Non ancora guarito	8	17,3
Non disponibile	2	4,4

FONTE DELLA SEGNALAZIONE	N.	%
Medico	39	84,8
Farmacista	1	2,2
Utente	6	13,0

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

2.4 Segnalazioni relative a dispositivi medici

Nella seguente tabella 3 vengono riepilogati i dati relativi alle segnalazioni inoltrate al Responsabile della vigilanza dispositivi medici dal personale utilizzatore degli stessi, relativi ai reclami e agli incidenti, in termini di: struttura segnalante, dispositivo interessato, oggetto della segnalazione, azioni intraprese.

Tab. 3 AV4 anno 2019: Segnalazioni relative a dispositivi medici

Struttura segnalante	Dispositivo	Oggetto segnalazione	Azioni
UOC Anestesia/Rianimazione	Bard powerport slim in titanio Ref. 8716001 - Lotto: recr1932 Ditta bard	Danneggiamento con lesione a tutto spessore del port, con conseguente stravasamento di farmaco chemioterapico, fenomeni flogistici cutanei e sottocutanei, intenso dolore in regione collo e spalla sx, nella sede dell'impianto del device.	- Comunicazione responsabile della vigilanza - Informativa al fabbricante - Sostituzione del prodotto con uno equivalente di azienda fabbricante diversa.
Medicina multidisciplinare (UOC Neurologia, UOC Nefrologia, UOC Gastroenterologia)	Valvola di sicurezza senza ago Ref. FI-0527 Lotto: 20180401 Ditta benefis s.r.l.	La valvola di sicurezza posizionata al PICC si è riempita di sangue facendo fuoriuscire flusso ematico	- Comunicazione responsabile della vigilanza - Informativa al fabbricante - Sostituzione lotto
UOC Nefrologia e Emodialisi	Siringhe da infusione ed irrigazione monouso on cono luer lock a tre pezzi senza ago Ref. 3011 Lotto: inj7560518 Ditta rays spa	1- Durante l'aspirazione dei cateteri venosi centrali a permanenza, per il trattamento dialitico, il cono della siringa si è staccato dalla stessa rimanendo attaccato al CVC. 2- Camicie (parete interna non liscia) schiacciate che bloccano il movimento dello stantuffo. 3- Durante l'aspirazione il gommino si stacca dal pistone.	- Comunicazione responsabile della vigilanza - Informativa al fabbricante - Sostituzione lotti

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

2.5 Reazioni trasfusionali

Nel 2019 ci sono state segnalate n. 6 reazioni avverse legate alla trasfusione di emazie concentrate leucodeplete; 3 casi sono stati caratterizzati da rialzo febbrile, in un caso associato a rossore diffuso ed in un altro caso associato a ipertensione; 2 casi sono stati caratterizzati da brividi associati a cefalea o cianosi delle dita; 1 caso ha presentato orticaria e tosse. I sintomi sono scomparsi dopo poche ore. In tutti i casi i test eseguiti sui campioni del paziente prima e dopo l'evento trasfusionale e sull'unità, presumibilmente responsabile, hanno dato esito negativo.

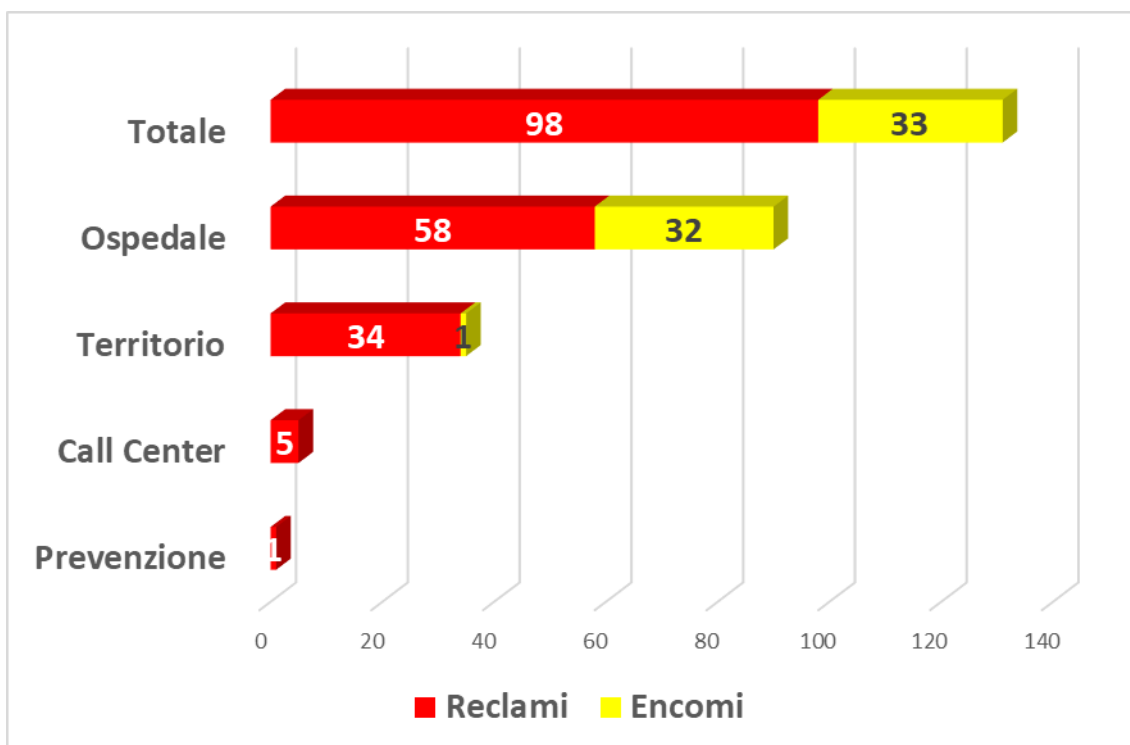
Dei 6 casi 3 si sono verificati nell'ambulatorio infusione della Medicina interna, 1 in Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, 1 in UTIC ed 1 in Oncologia.

2.6 Analisi dei reclami

Nel corso del 2019 le segnalazioni pervenute sono state 131 ed hanno riguardato 98 reclami e 33 encomi.

I reclami hanno riguardato prevalentemente le tematiche relative ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (18%), aspetti organizzativi (16%) prestazioni e cure (10%),

Grafico 8 AV4 anno 2019: N. segnalazioni per Macroaree



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

Grafico 9 AV4 anno 2019: Reclami (%) classificati secondo chi ha segnalato

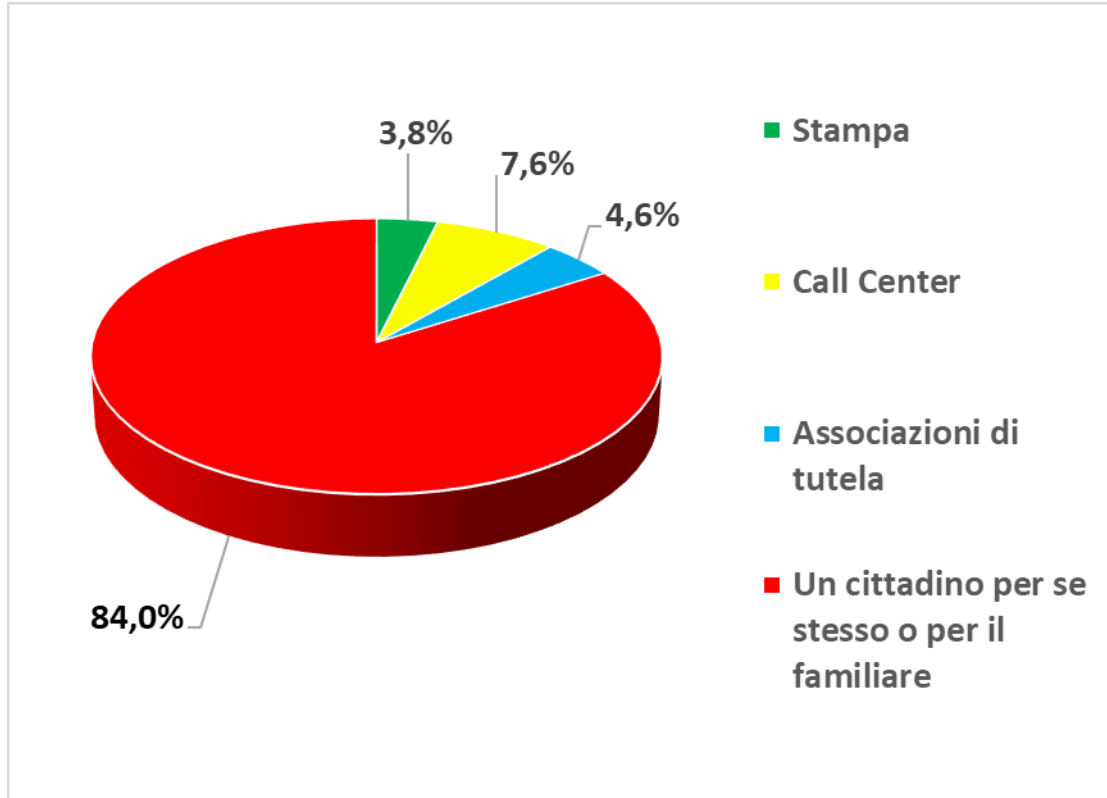
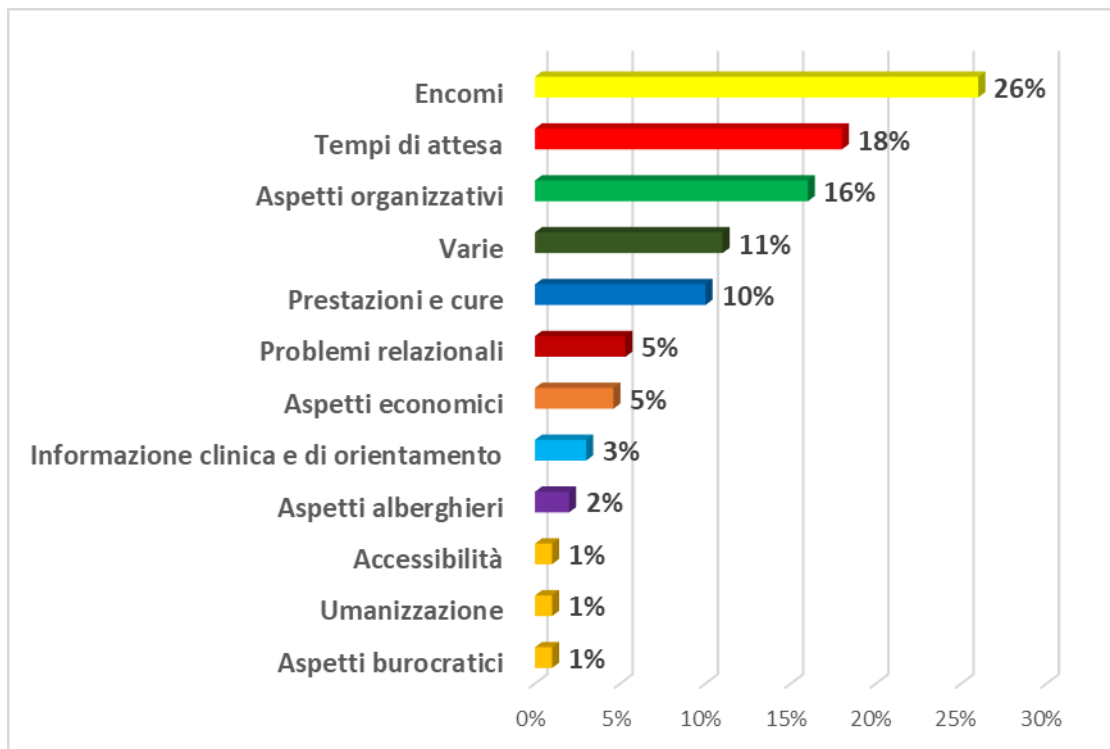


Grafico 10 AV4 anno 2019: Tipologia segnalazione





U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

3. ALTRE ATTIVITA'

Vengono di seguito descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano maggiormente sugli aspetti pro-attivi della gestione del Rischio Clinico.

3.1 Formazione

La DGRM 127 del 13.02.2019 “Linee di indirizzo regionali per la formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 (L. 208/15 e L. 24/17) stabilisce i contenuti dei programmi di formazione nell'ambito del Rischio Clinico per il triennio 2019-2021 unitamente ai profili professionali destinatari della formazione continua, In particolare prevede il corso base rivolto a tutti gli operatori sanitari ed il corso per la rete dei Referenti/Facilitatori per il Rischio Clinico. In aderenza al piano formativo 2019 sul Rischio Clinico approvato dal Centro Regionale del Rischio in AV4 sono stati realizzati i seguenti corsi di formazione:

➤ Un corso base denominato “*La promozione della cultura del rischio*” dedicato a tutti gli operatori sanitari con l’obiettivo principale di diffondere le informazioni necessarie per accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari in merito alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti e tradurre tali acquisizioni nella quotidiana pratica professionale.

L’attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel corso base è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

1. Conoscere la struttura organizzativa, la mission e la vision dell’ UOC Governo clinico/ Rischio clinico dell’Area Vasta 4;
2. Acquisire la consapevolezza che la segnalazione sistematica degli eventi/quasi eventi è la condizione essenziale per imparare dall’errore e quindi il miglioramento continuo della qualità clinico assistenziale;
3. Acquisire conoscenze relative alla modalità di gestione dell’evento avverso e degli strumenti necessari per il Rischio clinico in Area Vasta 4: dalla segnalazione dell’evento alla implementazione/monitoraggio delle azioni di miglioramento;
4. Acquisire conoscenze finalizzate alla collaborazione nella gestione del contenzioso dell’Azienda. Cenni di responsabilità professionale alla luce della Legge 24/2017.

Relativamente a questo corso sono state realizzate, così come previsto, n. 13 edizioni di 4 ore ciascuna (28 febbraio, 14 e 27 marzo, 11 aprile, 8 e 23 maggio, 5 giugno, 25 settembre, 9 e 23



U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

ottobre, 6, 20 e 27 novembre) che hanno coinvolto n. 562 operatori sanitari su n. 1179 totali (al 31.12.2019) pari al 47,7%.

- Un corso denominato “*Strumenti operativi per la Gestione del Rischio clinico*” dedicato ai Referenti ed ai Facilitatori con l’obiettivo principale di stimolare la rete per il Clinical Risk Management di AV 4 all’utilizzo appropriato di strumenti di valutazione proattiva e di approfondimento reattivo per l’analisi delle cause e dei fattori contribuenti determinanti un evento avverso.

L’attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel corso per Referenti e Facilitatori è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

1. Acquisire competenze relativamente al processo di Audit ed all’analisi di un singolo evento: SEA;
2. Acquisire conoscenze sulla metodologia dell’Audit clinico;
3. Acquisire consapevolezza della corretta tenuta della documentazione clinico-assistenziale;
4. Migliorare le conoscenze degli aspetti medico-legali e delle responsabilità professionali in merito alla documentazione clinico-assistenziale anche in relazione alla Legge 24/2017 e alla Legge 219/2017.

Relativamente a questo corso sono state realizzate, così come previsto, n. 4 edizioni di 12 ore ciascuna (10 e 13 giugno, 27 e 30 settembre, 4 e 7 ottobre, 11 e 14 ottobre) che hanno coinvolto n. 65 Referenti/Facilitatori su 98.

3.2 Implementazione Raccomandazioni Ministero della salute

Il Ministero della Salute dal 2005 in poi ha emanato una serie di Raccomandazioni (n. 19) con l’obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi, di promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori allo scopo di favorire il cambiamento del sistema.

Nel 2019 si è deciso di istituire gruppi di miglioramento e di monitoraggio per implementare/revisionare le procedure inerenti le 19 Raccomandazioni ministeriali attraverso l’individuazione di professionisti specifici per gli argomenti trattati. Tali implementazioni/revisioni sono state avviate ed in alcuni casi ultimate, come riportato nella tabella 4.

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

Tab. 4 AV4 anno 2019: Mappatura delle procedure relativa all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali

	Raccomandazioni	Situazione
N° 1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio –KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Presente procedura
N° 2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Effettuata Rev. 1 procedura
N° 3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Effettuata Rev. 1 procedura
N° 4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura in attesa di validazione
N° 5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Presente procedura DIRMT (in fase di revisione)
N° 6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Presenza di disposizioni di struttura, effettuata formazione in AV (procedura in fase stesura)
N° 7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Necessaria adozione procedura AV
N° 8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura non ancora pubblicata in attesa di implementazione/revisione dei dispositivi di sicurezza nei vari Presidi
N° 9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	La struttura dell'ingegneria clinica ha valenza aziendale; si è in attesa della definizione di una procedura unica
N° 10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Necessaria adozione procedura AV
N° 11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Necessaria adozione procedura AV
N° 12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Presenza di disposizioni a livello di singola struttura, necessaria adozione procedura AV
N° 13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Effettuata Rev. 1 procedura
N° 14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	In corso elaborazione della procedura
N° 15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Presente procedura
N° 16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Presenza di disposizioni di struttura, effettuata formazione in AV (procedura in fase di stesura)
N° 17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Necessaria adozione procedura AV
N° 18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Necessaria adozione procedura AV
N° 19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Necessaria adozione procedura AV

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

3.3 Promozione della produzione di procedure

Un elemento di fondamentale importanza per la promozione della sicurezza è la stesura delle procedure redatte in collaborazione con gli operatori coinvolti. Nella tabella di seguito riportata sono rappresentate le procedure/protocolli/istruzioni operative implementate o revisionate aggiornate nel corso del 2019.

Tab. 5 AV4 anno 2019: Procedure/Protocolli/Istruzioni operative implementate o revisionate/aggiornate

n°	Procedura/Protocollo/Istruzione operativa	Implementazione/Revisione
1	Nuova cartella trasfusionale	Agosto 2019
2	Tracciabilità cito-istologia in consulenza	Luglio 2019 (Rev.1)
3	Assistenza al paziente in isolamento da contatto e raccomandazioni comportamentali per gli operatori sanitari finalizzate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Maggio 2019
4	Istruzione operativa. percorso di gestione dell'emergenza sanitaria interna Ospedale A. Murri Poliambulatorio via Gigliucci - CSM	Marzo 2019 (Rev.1)
5	Istruzione operativa gestione emoteca in dotazione alla Medicina trasfusionale.	Marzo 2019
6	Procedura generale prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita	Ottobre 2019 (Rev.1)
7	Organizzazione della piastra ambulatoriale del dipartimento medico	Marzo 2019 (Rev.1)
8	Protocollo per la desensibilizzazione al mezzo di contrasto	Novembre 2019 (Rev.2)
9	Gestione carrello di emergenza in TC – RMN - in orario urno e diurno festivo.	Giugno 2019 (Rev.2)
10	Gestione carrello di emergenza in Radiologia	Giugno 2019 (Rev.2)
11	Modulo richiesta CD per pazienti interni	Giugno 2019
12	Procedura trasporto dei pazienti da U.O. di degenza a UOC Radiodiagnostica	Marzo 2019
13	Percorso della donna con esclusiva problematica ostetrico-ginecologica in Pronto Soccorso	Ottobre 2019 (Rev.1)
14	Gestione del paziente in età pediatrica in Pronto Soccorso	Ottobre 2019 (Rev. 2)

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

15	Protocollo di intesa tra UOS Età evolutiva e UOC Psichiatria	Luglio 2019
16	Istruzione operativa - Anticipazione del trattamento del dolore in triage	Dicembre 2019 (Rev. 2)
17	Istruzione operativa – Gestione accertamenti diagnostici urgenti ambulatori specialistici	Ottobre 2019 (Rev.1)
18	Istruzione operativa – Percorso di attivazione dei profili ematici in triage	Dicembre 2019 (Rev.1)
19	Istruzione operativa – Gestione utenti con visita specialistica “U” (Urgente)	Novembre 2019
20	Fast track radiologico – ortopedico percorso utenti con traumi monodistrettuali: gomito avambraccio polso mano ginocchio gamba caviglia piede	Ottobre 2019 (Rev.2)
21	Istruzione operativa: consulenze specialistiche in Pronto Soccorso e OBI	Ottobre 2019 (Rev.1)
22	Istruzione operativa: consulenze cardiologiche in Pronto Soccorso e OBI	Ottobre 2019 (Rev.1)
23	Modalità operative per la presa in carico in ambito sanitario delle donne vittime di violenza di genere (DGRM n. 1413 del 27/11/2017)	Ottobre 2019
24	Percorso gestione dell’edema polmonare acuto cardiogeno in Pronto Soccorso	Giugno 2019
25	Istruzione operativa: visita specialistica allergologica	Marzo 2019
26	Procedura attribuzione codice triage	Febbraio 2019
27	Percorso del paziente con trauma maggiore – AV4 Fermo	Aprile 2019 (Rev.4)
28	Procedura gestione accessi vascolari	Ottobre 2019 (Rev. 3)
29	Procedura posizionamento del paziente sul tavolo operatorio	Dicembre 2019
30	Procedura utilizzo elettromedicali nel trattamento delle patologie del pavimento pelvico	Giugno 2019
31	Procedura distribuzione farmaci UOSD Disturbi Comportamento Alimentare (DCA)	Ottobre 2019
32	Procedura consenso/diniego informato per pazienti con DCA	Dicembre 2019
33	Procedura di prelievo di vena safena da vivente a scopo di trapianto.	Ottobre 2019

U.O.C. Governo Clinico/Rischio Clinico

34	Percorso ERAFF – recupero precoce dopo frattura di femore.	Novembre 2019
35	Assistenza al paziente in isolamento da contatto	Luglio 2019

Nota

Come premessa alla lettura dei dati riportati nella relazione annuale si precisa che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono chiaramente documentare un aumento del numero di eventi avversi registrati: questo a dimostrazione di una migliore capacità di rilevazione degli eventi stessi volta non solo all'analisi dei dati con predisposizione di azioni di miglioramento ma anche ad una maggiore trasparenza del sistema, come la L. 24/17 prevede.