



RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA

SUGLI EVENTI AVVERSI

ASST del Garda

Desenzano del Garda, 20 Marzo 2019

I dati della relazione si riferiscono all'anno 2018.

Presentazione.

Dal 1 gennaio 2016 è stata istituita l'**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) del Garda** con DGR n. X/4626 del 19.12.2015, in seguito all'entrata in vigore della riforma del sistema sanitario lombardo approvata con L.R. n. 23/2015.

L'obiettivo principale della riforma è garantire ai cittadini la continuità delle cure attraverso l'integrazione tra ospedale e servizi territoriali.

L'ASST del Garda nasce dalla fusione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, personale e competenze dell'ex Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda (ospedali di Gavardo, Salò, Desenzano d/G, Lonato d/G, Manerbio e Leno) e delle Direzioni Gestionali Distrettuali n. 5 e 6 dell'ex ASL di Brescia.

L'ASST del Garda garantisce prestazioni ospedaliere e socio-sanitarie ai cittadini di 76 Comuni, collocati nella porzione sud orientale della Provincia di Brescia.

Il vasto territorio di competenza si estende dalla pianura della bassa bresciana centrale e orientale, ai paesi costieri e dell'entroterra gardesano, alle zone montane della Vallesabbia.

In questa prima fase di realizzazione della riforma del sistema socio-sanitario lombardo, l'ASST del Garda ha acquisito:

- Presidio Ospedaliero di Gavardo-Salò (ex AOD)
- Presidio Ospedaliero di Desenzano-Lonato (ex AOD)
- Presidio Ospedaliero di Manerbio-Leno (ex AOD)
- Servizi per la Salute Mentale
- Consultori di Manerbio, Ghedi, Pralboino, Montichiari, Calvisano, Salò e Desenzano (ex ASL)
- Sert di Montichiari e Noa di Leno e Salò (ex ASL)

Il territorio di riferimento dell'ASST del Garda è rappresentato dai Comuni:

- **Area territoriale Garda e Vallesabbia (ex Distretti ASL n. 11 e 12)**
Agnosine, Anfo, Bagolino, Barghe, Bedizzole, Bione, Calvagese della Riviera, Capovalle, Casto, Desenzano del Garda, Gardone Riviera, Gargnano, Gavardo, Idro, Lavenone, Limone sul Garda, Lonato del Garda, Magasa, Manerba del Garda, Moniga del Garda, Mura, Muscoline, Odolo, Padenghe sul Garda, Paitone, Pertica Alta, Pertica Bassa, Polpenazze del Garda, Pozzolengo, Preseglie, Prevalle, Provaglio Valsabbia, Puegnago del Garda, Roè Volciano, Salò, San Felice del Benaco, Sabbio Chiese, Serle, Sirmione, Soiano del Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine, Treviso Bresciano, Vallio Terme, Valvestino, Vestone, Villanuova sul Clisi, Vobarno

Area territoriale Bassa Bresciana Centrale e Orientale (ex Distretti ASL n. 9 e 10)
Acquafredda, Alfianello, Bagnolo Mella, Bassano Bresciano, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Cigole, Fiesse, Gambara, Ghedi, Gottolengo, Isorella, Leno, Manerbio, Milzano, Montichiari, Offlaga, Pavone Mella, Ponteviso, Pralboino, Remedello, San Gervasio Bresciano, Seniga, Verolanuova, Verolavecchia, Visano.

GLI EVENTI AVVERSI

Il Risk Manager viene a conoscenza degli eventi avversi accaduti in azienda attraverso varie fonti informative come ad esempio:

- segnalazione spontanea mediante Scheda di segnalazione eventi, eventi avversi e near miss a disposizione di tutti gli operatori in due modalità: cartacea ed informatizzata.
- Richiesta da parte di un operatore (di solito il Direttore o Coordinatore della UO in cui si è verificato), di audit/riunione a fronte di criticità organizzative o per evento particolare in termini di rischio e/o gravità ecc...
- Segnalazione spontanea dell'evento Caduta attraverso scheda dedicata.
- Invio da parte del Servizio Prevenzione e Protezione circa i dati di infortuni sul lavoro a carico degli operatori della ASST del Garda.
- Invio da parte del SITRA (Servizio infermieristico, tecnico riabilitativo assistenziale) degli indicatori aziendali sulle lesioni da decubito di origine nosocomiale.
- Monitoraggio da parte del CIO, dei casi di infezione di origine nosocomiale con particolare riguardo per le sepsi.
- Raccolta da parte dei Punti Nascita degli eventi trigger dell'area ostetrica e neonatale.
- Richieste di risarcimento danni che vengono gestite dal Servizio Affari Legali, Assicurativi e del Contenzioso.

EVENTI AVVERSI-NEAR MISS:

Da diversi anni è a disposizione di tutti gli operatori "La scheda di segnalazione eventi avversi-near miss".

Nello specifico contesto sanitario, sono oggetto di rilevazione sia gli episodi potenzialmente in grado di provocare danni (eventi senza esiti e/o near miss) sia gli episodi che li abbiano provocati (eventi avversi). Questi sono riferiti nei confronti della persona assistita e/o dell'operatore sanitario.

Sono inclusi nella rilevazione anche gli eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. (eventi sentinella).

Le informazioni fornite dalla reportistica collegata all'Incident Reporting consentono di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le correzioni possibili da mettere in atto se non già provveduto direttamente dall'inviante.

Non viene attribuita importanza solamente alla numerosità della segnalazione ma anche alla tipologia.

CLASSIFICAZIONE DELLE SEGNALAZIONI 2018 per Dipartimento

CLASSIFICAZIONI	TOT.	DC	DEA	DIR	DMI	DS	DSMD	SERVIZI	Rete
ALTRO (fuga, finto tentato)	7	1	3	1	-	1	1	-	-
ASSISTENZIALE	66	17	9	8	7	15	-	10	-
ATTO DI VIOLENZA	27	1	6	2	-	-	17	-	1
COMUNICAZIONE	6	2	2	-	-	2	-	-	-
DOCUMENTAZIONE	40	15	3	8	5	7	-	2	-
GESTIONE FARMACO	19	3	-	7	8	-	-	1	-
IDENTIFICATIVO	64	6	24	10	9	14	1	-	-
MATERIALE IN DOTAZIONE/ TECNOLOGIA	132	20	34	30	19	14	3	10	-
MEDICO	10	6	1	2	-	1	-	-	2
ORGANIZZATIVO	54	9	4	13	2	4	2	19	-
STRUTTURALE	12	-	3	1	1	-	2	5	1
FURTI/SMARRIMENTI	6	1	-	2	-	3	-	-	-
Totale	443	81	89	84	51	42	53	37	4

CONCLUSIONI:

ATTIVITÀ IMPLEMENTATE ANNO 2018 E PROGETTI FUTURI

L'obiettivo prioritario del Sistema Qualità di segnalazione Incident Reporting, non è solo quello di raccogliere dati di tipo quantitativo ma soprattutto di ottenere dati di tipo qualitativo in quanto, molti avvenimenti possono essere non riconosciuti o non segnalati. Il fine sarà quello di individuare le aree critiche e l'attivazione dei percorsi di miglioramento.

Di seguito le **3 Classificazioni** di evento **più segnalate** durante l'anno **2018**.

1. Materiale in dotazione/tecnologia (132 segnalazioni):

Come negli anni precedenti tale tipologia di segnalazione risulta essere la più frequente.

Le problematiche riguardanti i nuovi aghi Butterfly FLY/SAFE 24 hanno inciso fortemente sul totale di questa categoria.

Le criticità riscontrate si verificano sia a carico del paziente che dell'operatore.

In prima fase il Servizio Qualità ha richiesto la collaborazione di tutte le UO e Servizi per la raccolta del materiale non conforme e/o materiale fotografico a supporto. E' stata informata la Direzione Sanitaria che ha provveduto al coinvolgimento del SITRA il quale ha formalizzato le criticità inviate poi al Servizio Approvvigionamento e al Servizio Farmacia.

Al fine di valutare possibili alternative, sono stati testati nuovi dispositivi in alcuni reparti prescelti ma senza ottenere alcun riscontro positivo.

Ad oggi, essendo la problematica ancora irrisolta, dopo aver interpellato anche il Servizio Affari legali con il quale valutare la possibilità di recedere dal contratto, si è deciso di prolungare la raccolta delle non conformità dei dispositivi in oggetto, nel I semestre 2019.

2. **Identificativo** (64 segnalazioni):

- Come nell'anno 2017, l'errore identificativo si è verificato soprattutto durante la procedura di prelievo ematico. L'obiettivo individuato per il 2018, di analisi delle cause di tali errori, è stato portato a termine.

Dalla valutazione delle relazioni pervenute, la causa principale emersa è l'errore umano dovuto alla scarsa aderenza alle procedure aziendali in tema di corretta identificazione. Ad esempio:

- Mancata richiesta al paziente del nome, cognome e data di nascita prima di ogni atto medico-assistenziale;
- Mancata richiesta della tessera sanitaria/doc. identità (soprattutto presso punti prelievo);
- Scarso controllo del braccialetto identificativo da parte dell'operatore;
- Etichettatura degli appositi contenitori dopo la raccolta del materiale;
- Carente controllo delle etichette stampate da apporre sui contenitori.

Al fine di sensibilizzare gli operatori, nel mese di ottobre 2018, il SQCRC in occasione degli incontri periodici organizzati dal SITRA ha condiviso con tutti i coordinatori aziendali i dati emersi.

- A fronte di un evento particolarmente critico verificatosi presso un Servizio aziendale, il SQCRC ha indetto un Audit per l'analisi dei fattori contribuenti e individuato le azioni correttive relative ad alcune modifiche organizzative (ad oggi già intraprese).

- Gli errori identificativi verificatisi presso i punti prelievo aziendali e territoriali sono stati gestiti dal Servizio di Patologia Clinica attraverso la ricognizione e ripristino della cartellonistica affissa in tema di corretta identificazione.

Il personale coinvolto è stato ulteriormente sensibilizzato dai rispettivi coordinatori attraverso un refresh formativo delle procedure specifiche esistenti.

- Nel Piano Risk Management 2019 è previsto un refresh formativo "corretta identificazione della persona assistita".
- Il Servizio Qualità provvederà alla revisione delle attuali procedure aziendali in tema di corretta identificazione.

3. **Assistenziale** (66 segnalazioni):

Vista la eterogeneità dei near-miss a carattere assistenziale, non è stato possibile estrapolare una sottoclassificazione degna di nota tuttavia, tra le più frequenti, emerge la non attinenza a Procedure e/o Protocolli.

Il SQCRC si è attivato ad ogni evento attraverso:

- contatti con le UO interessate e/o coinvolte;
- richiesta di relazioni in merito all'errore/quasi errore con l'esplicitazione delle cause e delle azioni intraprese;
- attivazione, se necessaria, dei servizi aziendali di competenza/supporto;
- condivisione di azioni correttive da intraprendere.

INOLTRE:

Si evidenzia che, nonostante il numero delle segnalazioni riguardanti gli **Atti di violenza** (23 verso operatore e 4 di autolesionismo) siano regrediti nel corso del 2018 e rispetto all'anno precedente, 2

episodi di violenza sono stati segnalati dalle Unità Operative mediante Scheda A Ministeriale e registrati come Evento Sentinella nel portale SIMES.

Pertanto, con la collaborazione del Servizio Prevenzione Protezione e DSMD, il SQRCR ha provveduto alla revisione della procedura esistente.

E' stato svolto un corso per la gestione dei comportamenti aggressivi ed auto lesivi rivolto al personale dei Servizi e UU.OO: CPS, CRA ed SPDC.

La Regione Lombardia sta elaborando nuove Linee guida e cartellonistica al fine di uniformare i comportamenti degli operatori che sembrano non segnalare tali eventi in quanto percepiti come parte della loro attività.

È in programma inoltre un evento formativo sulla prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori.

Il Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico, a fronte degli eventi più critici si è attivato attraverso le seguenti azioni di miglioramento:

AUDIT:

- "Preparazione campioni biologici" *Blocco operatorio*
- "Episodio di aggressione" *PS-Medicina*
- "Analisi di un caso specifico in Pediatria" *PS-Pediatria*
- "Criticità congelatore" *SIMT*
- "Errata etichettatura set di raccolta sangue" *SIMT*
- "Complicanze post operatorie" *Blocco Operatorio-Ginecologia*

RIUNIONI:

- "Gestione esami sierologici in urgenza" *Patologia Clinica*

EVENTI SENTINELLA

A seguito di ciascun evento sentinella registrato nel programma ministeriale Simes è stato effettuato uno specifico audit utilizzando l'allegato A e B della Raccomandazione Ministeriale.

Vi è un confronto sinergico con l'Ufficio Affari Legali, Assicurativi e del Contenzioso.

Il Comitato Valutazione Sinistri prende in esame casi di particolare rilievo.

Evento	Azioni correttive/preventive
Morte o grave danno per caduta di paziente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Refresh formativo, interno alla UO, in merito a quanto definito nel Dir San Az PT 26 "Prevenzione e gestione delle cadute delle persone assistite" e Dir San Az LG 01 "Linee guida di prevenzione delle cadute per le persone assistite in ambito ospedaliero e territoriale". Applicazione nuovo stampato 1286/S "Prevenire le cadute". 2) Condivisione dell'evento con tutto il personale della UO al fine della sensibilizzazione in merito alle carenze emerse. <p>1) e 2) in data 20/06/2018 pervenuto al SQCRC verbale di riunione del 15/05/2018</p>
Atti di violenza a danno di operatore	<ol style="list-style-type: none"> 1) Refresh formativo, interno all'UO, sulle procedure aziendali in merito alla gestione delle emergenze comportamentali (Dir San Az PT 62 "Percorsi di cura per la gestione delle emergenze comportamentali (EC)") 2) A seguito del refresh formativo espletare una ulteriore analisi dell'evento accaduto cercando di individuare le situazioni ed i fattori che lo hanno favorito (stato del paziente, tempi d'attesa, mancata e o impossibilità di contenzione, ecc.) <p>1) e 2) Pervenuto al SQCRC verbale dell'incontro datato 03/05/2018 avente all'ordine del giorno l'analisi dell'evento sentinella ed il refresh formativo relativo al Dir San Az PT 62 "Percorsi di cura per la gestione delle emergenze comportamentali (EC)"</p>
Atti di violenza a danno di operatore	<ol style="list-style-type: none"> 1) Redazione di informazioni pre e post operatorie al fine di potenziare ed arricchire la comunicazione tra operatori e paziente/caregiver nella fase di preparazione all'intervento e di dimissione. 2) Revisione protocollo Dir San Az PT 21 "Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari e del suicidio in ospedale" <p>2) Emesso Dir San Az PT 122 "Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari" che ha sostituito il Dir San Az PT 21 (relativamente alla parte riguardante gli atti di violenza ai danni degli operatori)</p>

EPISODI DI CADUTA

In un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, a garanzia della qualità, efficienza, efficacia, l'ASST del Garda si attiva annualmente attraverso un Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) cadute.

Trattasi di un team multiprofessionale impegnato nella valutazione dei dati rilevati dal SQCRC, con l'obiettivo di attuare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali e comprimere il rischio di caduta.

Evento	n.casi
Cadute secondo le varie modalità (dal letto, sedia, scivolamento, malore...) <i>Prognosi:</i> (attribuita secondo giorni necessari alla guarigione):	302
Nessuna: 0 giorni	219
Lieve: ≤5gg	54
Moderata: 6-20gg	17
Severa: 21-39gg	11
Grave: >40gg	1
Decesso.	0

Le Unità Operative con maggior numero di segnalazioni sono:

- Medicina Interna 21,2%
- FKT degenza 9,9%
- Chirurgia 8,9%
- Pronto Soccorso 8,3%
- SPDC 7,3%
- Il SQCRC, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, ha proseguito nella sensibilizzazione degli operatori sanitari in tema di prevenzione delle cadute, anche attraverso il coinvolgimento di genitori/caregivers. Le segnalazioni di caduta provenienti dalle Unità Operative pediatriche risultano in diminuzione (8 cadute rispetto alle 12 del 2018).

Interventi attuati nel 2018

Il GAD cadute 2018, ha portato a termine gli obiettivi prefissati nel corso del 2017:

- Revisione dell'informativa "I dieci passi per prevenire le cadute" 306/S redatto in 4 lingue (Italiano, inglese, tedesco e francese) da affiggere negli spazi comuni delle Unità Operative/Servizi con lo scopo di sensibilizzare gli assistiti alla prevenzione delle cadute.
- Analisi della documentazione sanitaria (cartella clinica) inerente specifici episodi di caduta, al fine di raccogliere le eventuali carenze o non aderenze alle procedure aziendali.

CASI DI SEPSI:

Dato Aziendale	I semestre	II semestre	Totale	% sul tot.ricoveri
N. CASI DI SEPSI	166	180	346	1,14%

- Il SQCRC mediante check list dedicata, analizza mensilmente un campione di cartelle cliniche dei pazienti che hanno sviluppato casi di infezioni/sepsi. La valutazione ha l'obiettivo di verificare l'aderenza o meno alla procedura aziendale da parte degli operatori sanitari coinvolti.

- Progetto Risk Management 2017: Progetto di Stewardship a cura del Comitato Infezioni Ospedaliere: studio sulla durata ed appropriatezza della terapia antibiotica. Focus su consumo dei fluorochinoloni.

Il progetto di Stewardship sulla durata ed appropriatezza della terapia antibiotica (progetto biennale) ha portato inizialmente all'introduzione di una modifica del software Galileo che attraverso un alert informatico, ha permesso l'invio al team di infettivologi aziendali individuati, dei dati in caso di somministrazione prolungata (≥ 4 gg di terapia per cefazolina, 7 gg per i chinolonici e 10 gg per gli altri antibiotici) di una medesima molecola antibiotica e successiva valutazione collegiale tra infettivologo ed altro Medico della UO interessata.

I dati raccolti sono poi stati analizzati e presentati agli incontri del Comitato per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ed inserite nel "Piano di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali- Relazione annuale 2018 e progetti 2019" del 21 Dicembre 2018.

- Progetto di analisi per la verifica dei tempi di somministrazione dell'antibiotico terapia antecedente l'intervento chirurgico.

INFORTUNI

Totale infortuni (infortuni sul lavoro, in itinere ed a rischio biologico)

Al 31 dicembre 2018 si sono verificati n. 130 eventi (infortuni sul lavoro, in itinere e infortuni biologici) che hanno determinato un'inabilità temporanea al lavoro pari a 2006 giorni; per tutte le tipologie di infortuni si denota una diminuzione degli eventi e dei giorni di assenza.

Infortuni sul lavoro ed in itinere (Infortuni che hanno determinato almeno 1 giorno di assenza escluso quello dell'evento)

Gli infortuni risultano tendenzialmente in diminuzione rispetto agli anni precedenti. In particolare: 71 eventi nel 2018 rispetto ai 102 del 2017, lo stesso dicasi per i giorni di assenza, 2006 giorni nel 2018 rispetto ai 3159 del 2017.

In particolare si evidenzia che le cause che hanno determinato il maggior numero di giornate di assenza sono:

- Aggressione ad operatore
- Movimentazione dei pazienti
- Caduta, scivolamento, urto, schiacciamento, inciampo.

Infortuni sul lavoro (in occasione di lavoro)

Al 31 dicembre 2018 si sono verificati 52 infortuni che hanno determinato una assenza dal lavoro pari a giorni 1366, nel 2017 gli infortuni erano 79 con 2310 giorni di assenza.

Infortuni in itinere (andando-tornando dal luogo di lavoro)

Al 31 dicembre 2018 si sono verificati 19 infortuni che hanno determinato una assenza dal lavoro pari a giorni 640, nel 2017 gli infortuni erano 23 con 849 giorni di assenza.

Infortuni a Rischio Biologico (Giorni 0)

Al 31 dicembre 2018 si sono verificati n. 59 infortuni a potenziale rischio biologico, nel 2017 gli eventi sono stati 75.

Azioni intraprese nell'anno 2018:

Al fine di mitigare i rischi evidenziati nel corso del 2017, sono stati posti in essere i seguenti interventi:

Rischio biologico:

- Si sono svolti incontri di sensibilizzazione riguardanti l'utilizzo dei DPI per la protezione delle vie respiratorie "Maschere facciali filtranti", rivolti alle UU.OO a maggior rischio, quali:
 - medicina,
 - pediatria,
 - pneumologia,
 - pronto soccorso.

- E' stata eseguita formazione finalizzata alla prevenzione dei rischi biologici anche per i seguenti ambiti:
 - "Addestramento all'inserimento di cateteri PICC"
 - "Gestione del catetere venoso centrale ad inserzione periferica"

- Si è proseguito con il corso FAD obbligatorio "Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate" D.Lgs 81/08 (formazione generale, specifica alto rischio, specifica basso rischio).

Infortunio sul lavoro:

- E' stato svolto un corso per la gestione dei comportamenti aggressivi ed auto lesivi rivolto al personale dei Servizi e UU.OO: CPS, CRA ed SPDC.

- E' stato emesso il documento Dir San Az PT 122 "Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari"

- E' stato realizzato il corso "La movimentazione dei carichi" per gli operatori non ancora formati.

LESIONI DA DECUBITO

	UUOO	OSP	COMPLESSIVO 2018			1° SEMESTRE 2018			2° SEMESTRE 2018		
			TOTALE NUOVE UDP	TOTALE DEGENTI RICOVERATI	%	NUOVE UDP	TOTALE DEGENTI RICOVERATI	%	NUOVE UDP	TOTALE DEGENTI RICOVERATI	%
DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE	CHIRURGIA	D	1	812	0,12315271	1	498	0,20080321	0	314	0
		M	2	1814	0,11025358	0	889	0	2	925	0,21621622
	CHIRURGIA/ ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	G	3	1046	0,28680688	0	527	0	3	519	0,57803468
		D	14	1349	1,03780578	5	755	0,66225166	9	594	1,51515152
		M	7	1308	0,5351682	6	684	0,87719298	1	624	0,16025641
		D	4	1046	0,38240918	1	512	0,1953125	3	534	0,56179775
			31	7375	0,42033898	13	3865	0,33635188	18	3510	0,51282051
DIP. INTERISTICO RIABILITATIVO	MEDICINA	D	27	1654	1,63240629	17	834	2,0383693	10	820	1,2195122
		G	42	1603	2,62008734	23	812	2,83251232	19	791	2,40202276
		M	96	1821	5,27182867	47	942	4,98938429	49	879	5,5745165
	NEFROLOGIA	M	4	402	0,99502488	2	204	0,98039216	2	198	1,01010101
	PNEUMOLOGIA	D	30	528	5,68181818	18	264	6,81818182	12	264	4,54545455
	RIABILITAZIONE	D	4	425	0,94117647	0	235	0	4	190	2,10526316
			203	6433	3,15560392	107	3291	3,2512914	96	3142	3,05537874
D.E.A.	CARDIOLOGIA/UTIC	D	0	1139	0	0	582	0	0	557	0
		G	2	937	0,21344717	2	480	0,41666667	0	457	0
		M	3	971	0,30895984	2	503	0,39761431	1	468	0,21367521
	RIANIMAZIONE	D	7	257	2,72373541	7	124	5,64516129	0	133	0
		G	3	248	1,20967742	3	140	2,14285714	0	108	0
		M	6	234	2,56410256	2	120	1,66666667	4	114	3,50877193
			21	3786	0,55467512	16	1949	0,82093381	5	1837	0,27218291

Il SITRA si impegna inoltre nella rilevazione di alcuni indicatori che risultano entro gli standard di riferimento. La valutazione del rischio di LDD è attiva ed è rilevante ai fini del posizionamento dei materassini anti-decubito.

TRIGGER (materno, fetali, organizzativi):

Dato aziendale	I° Semestre	II° Semestre	Tot. Trigger	N° Parti	%
N° TRIGGER RILEVATI	75	59	134	2027	6,6%

- I trigger segnalati nelle apposite schede CeDAP (come da indicazione Regionale), sono oggetto di discussione in un gruppo costituito dagli operatori dell'unità operativa, Risk Manager, personale del SQCRC e del Servizio affari legali, assicurativi e del contenzioso.
- Formazione del personale: il personale si è impegnato in simulazioni pratiche di emergenza urgenza ostetrica in collaborazione con il Pronto Soccorso avviate già nel 2017, supportate dall' utilizzo di un manichino.
- È attiva la raccolta dei casi di morte perinatale, come da collaborazione con Regione Lombardia per progetto SPitOSS. Ad ogni caso corrisponderà un Audit seguendo la traccia fornita dal progetto ed invio di copia della cartella clinica ad organo regionale di competenza ai fini di un'indagine confidenziale.

LA FORMAZIONE AZIENDALE

La formazione è considerata uno strumento di prevenzione dei rischi in quanto diretta a fornire gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti permettendo, attraverso corsi specifici, di sensibilizzare gli operatori sulla cultura del rischio e di illustrare le tecniche per prevenire il manifestarsi di eventi avversi, a tutela della salute e della sicurezza altrui e propria.

Alcuni esempi di eventi formativi aziendali 2018:

- * Migrazione alla Norma ISO 9001:2015 risvolti operativi.
- * La gestione e il miglioramento dei processi clinico-assistenziali
- * Gestione del rischio clinico in sala parto
- * Migliorare la sicurezza in area ostetrica
- * Corso FAD sulla Identificazione e gestione del paziente settico, rivolto a infermieri, ostetrici e tecnici di laboratorio non ancora formati.
- * Convegno relativo all'appropriatezza dell'antibioticoterapia, rivolto a tutto il personale dell'Azienda.
- * Corso sulla Gestione dei comportamenti aggressivi ed auto lesivi rivolto al personale del CPS, CRA ed SPDC .

Attività di formazione sul campo per l'area qualità e risk management per l'anno 2019:

I corsi formativi messi a calendario nel Piano Formativo Aziendale per l'area Risk Management sono:

- Corso inerente gli strumenti di valutazione ed analisi del Sistema Qualità e Rischio Clinico per sensibilizzare ed implementare la cultura del rischio;
- Corso sulla applicazione della FMECA: valutazione del rischio in ambito della nuova norma ISO 9001:2015;

- Corso di formazione interaziendale (con ASST Franciacorta) per auditor interni del SGQ;
- Corso sugli strumenti di gestione del rischio clinico sul territorio: segnalazione di near miss / eventi avversi attraverso la scheda di segnalazione di Incident Reporting;
- Altri Gruppi di lavoro Qualità e Rischio per la produzione e/o revisione di procedure nell'ambito della qualità e sicurezza del paziente, da attivare nel corso del 2019 sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale;
- Convegno inerente l'appropriatezza prescrittiva ed utilizzo farmaci;
- Addestramento circa il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria, rivolto al personale dei Blocchi Operatori dell'ospedale di Desenzano e di Gavardo;
- Corso in ambito della L. 22.12.2017, n° 219 "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*" al fine di sensibilizzare il personale ad una comunicazione efficace interna, esterna e con il paziente in relazione a privacy, consenso informato e fine vita;
- Corso sulla Gestione degli atti di violenza ai danni degli operatori;
- Formazione inerente l'applicazione del protocollo sepsi in ostetrica;
- Corso inerente la sicurezza del paziente in sala parto;
- Refresh formativo sulla corretta identificazione del paziente.

In aggiunta ai suddetti eventi formativi sono previsti ulteriori interventi informativi/formativi riferiti ad errori su casi clinici che sono sfociati in casi di richiesta di risarcimento danni.