



Relazione
Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017
Dati Anno 2020



Redatto a cura della UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management
Direttore ff: Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciacio

Sommario

Introduzione

1. Descrizione del contesto di riferimento
 2. Incident reporting
 3. Eventi sentinella
 4. Dispositivovigilanza
 5. Farmacovigilanza
 6. Emovigilanza
 7. Piano annuale Risk Management
-

INTRODUZIONE

La sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure”, così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari”, e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

La ASL Lanciano Vasto Chieti, già da diversi anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l’analisi e la gestione del rischio clinico.

A partire dall’anno 2011, è stato introdotto in Azienda un sistema di incident reporting attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, segnalano gli eventi avversi e i near miss.

Accanto al sistema di incident reporting, l’azienda ha attivato, in ragione di quanto previsto dal Ministero della Salute, il programma per la segnalazione degli **eventi sentinella** (SIMES) attivo dal 2011.

I due sistemi sopra citati, incident reporting e segnalazione degli eventi sentinella, come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria, risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza. L’Azienda al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari sulle tematiche del rischio clinico e sull’importanza della segnalazione ha avviato da diversi anni un’intensa attività formativa.

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall’art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell’8 marzo 2017, si intendono rappresentare a consuntivo gli eventi avversi e i near miss registrati nel corso dell’anno 2020 presso le strutture aziendali della ASL Lanciano Vasto Chieti, segnalati mediante incident reporting.

Sono state inoltre utilizzate le informazioni derivanti da altre fonti informative quali la dispositiovigilanza, farmacovigilanza e emovigilanza.

Considerata l’emergenza epidemiologica determinata dall’infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) che ha travolto il sistema sanitario a partire dall’anno 2020, alla luce che la UOC Qualità, accreditamento e risk management ha focalizzato gran parte della sua attività sulla programmazione e pianificazione di azioni finalizzate a fronteggiare l’emergenza epidemiologica e la gestione della crisi stessa, nel presente documento, nel capitolo “Piano di miglioramento 2020 – Emergenza coronavirus”, verranno quindi relazionate tutte le attività svolte per far fronte a tale emergenza.

1. Descrizione del contesto di riferimento

La ASL Lanciano Vasto Chieti è un ente senza scopo di lucro, la cui azione è ispirata a obiettivi di efficacia delle prestazioni, alla qualità dei servizi erogati e all'efficiente utilizzo delle proprie risorse.

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, e, specificamente, del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito l'Azienda assicura i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogando prestazioni sanitarie secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità, avvalendosi anche di soggetti accreditati, di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Continuità Assistenziale che rappresentano tutti partner essenziali per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio.

L'Azienda è articolata in strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici organizzate in Dipartimenti laddove possibile che assicurano i livelli di:

- assistenza ospedaliera
- assistenza distrettuale
- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

L'azienda prevede i seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Materno Infantile (ex lege) (transmurale)
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Cardiologico
- Dipartimento dei Servizi (transmurale)
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie (transmurale)
- Dipartimento Tecnico
- Dipartimento Amministrativo
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza

In applicazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal Decreto Ministeriale 70/2015, richiamati nei Decreti Commissariali 55/2016 e 79/2016, la Asl Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata nelle seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata" di Chieti a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero di Ortona;
- Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano;
- Presidio Ospedaliero "San Pio" di Vasto;
- Presidio Ospedaliero "San Camillo" di Atesa fino alla sua completa riconversione in Presidio Territoriale.

L'Azienda Sanitaria è articolata in Aree distrettuali, macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda

Le Aree distrettuali individuate all'interno dell'ASL, sulla base della normativa sanitaria regionale (D.G.R. 78/2017), sono:

- Area Distrettuale 1
- Area Distrettuale 2
- Area Distrettuale 3.



Figura 1. Collocazione punti di erogazione (fonte: Piano delle Performance 2018-2020)

La ASL Lanciano Vasto Chieti effettua circa 45.836 ricoveri all'anno, di cui circa il 39% per interventi chirurgici. Annotava 986 posti letto (dato aggiornato al 31.12.2018) con un organico di 4.646 dipendenti (3.501 personale sanitario).

Assetto organizzativo aziendale in ambito di sicurezza delle cure

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti ha scelto un sistema di gestione integrato rischio clinico/governo clinico/gestione qualità ritenuto strategico per l'azienda per il raggiungimento di obiettivi quali la qualità e la sicurezza delle cure.

La gestione del rischio clinico, inteso come processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo nell'ambito del governo clinico, e significativo sia per la sicurezza dei cittadini che per la corretta erogazione dei servizi sanitari di qualità.

La U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management ha il fine di promuovere e coordinare le attività volte all'assicurazione ed al miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.

Al fine di integrare le molteplici componenti che agiscono nel sistema, la U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management coordina la rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico delle varie articolazioni organizzative aziendali (Presidi Ospedalieri, UU.OO., Distretti Sanitari e strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie) che hanno il compito di applicare e monitorare le azioni di miglioramento all'interno delle proprie strutture di appartenenza. Alla prevenzione e gestione del rischio si provvede mediante l'implementazione di veri e propri modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di Risk Management e con il concorso di ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi.

2. Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near miss.

Questo strumento, adottato in azienda già dal 2011, è uno dei sistemi che ha permesso alla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management di raccogliere dati ed eseguire analisi su di una serie di eventi avversi e near miss per la programmazione di strategie e lo svolgimento di azioni di miglioramento atte a prevenire che gli eventi avversi registrati o i quasi - eventi possano ripetersi quantomeno con le stesse modalità.

Per facilitare la segnalazione, nella nostra azienda è stata implementata la procedura aziendale "Procedura per la gestione degli eventi avversi e near miss" (PGSQA28) e relativo modulo di segnalazione evento avverso/near miss visionabile e scaricabile dalla pagina del Sito Aziendale <http://www.info.asl2abruzzo.it/qualita/> che indirizzerà direttamente al sito Talete e alla pagina consultazione documenti. Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

		REGIONE ABRUZZO ASL LANCIANO - VASTO - CHIETI	Rev. 4 31/10/2017	Pag. 1/2
MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI / NEAR MISS		MRSQA28/1		
<p>La scheda dovrà essere inviata al SQM/Rischio Clinico Fax: 0871358667 e-mail: qualita@asl2abruzzo.it Solo in caso di segnalazione caduta paziente la scheda va inviata anche alla Direzione Medica di Presidio</p> <p>La presente scheda è uno strumento utile per segnalare gli eventi avversi e near miss che possono verificarsi durante le attività assistenziali e di cura Evento Avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e inaccettabile Near miss (Quasi evento) errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si è verificato per caso fortuito o perché intercettato</p>				
Data della segnalazione: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Evento avverso <input type="checkbox"/> Near Miss				
Dati del:		Nome e Cognome _____ Data di nascita ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Dipendente		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data ricovero ___/___/___ SDO _____ Regime di assistenza: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Altro _____		
Struttura che segnala		<input type="checkbox"/> P.O. _____ <input type="checkbox"/> U.O. _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ Recapito tel. _____ Email _____		
Circostanza dell'evento		Evento verificatosi il ___/___/___ Ora ___:___:___ Luogo _____ Chi era presente: _____		
Descrizione dell'evento: Fornire una breve descrizione dell'evento indicando tutti i particolari utili per identificare e classificare la tipologia di errore.		_____ _____ _____		
Da compilare in caso di caduta del paziente		Modalità caduta <input type="checkbox"/> Caduto dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> Caduto da seduto <input type="checkbox"/> Caduto dal letto <input type="checkbox"/> Altro _____ Motivo <input type="checkbox"/> Perdita di forza <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <input type="checkbox"/> Inciampato <input type="checkbox"/> Scivolato con pavimento asciutto <input type="checkbox"/> Scivolato con pavimento bagnato <input type="checkbox"/> Altro _____ Tipo calzatura: <input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa <input type="checkbox"/> senza calzatura Terapia in atto: <input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> lassativi <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> ipotensivanti Valutazione del rischio caduta all'accettazione del paziente: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (Se Sì allegare copia pagg. 4 e 5 della Documentazione Infermieristica MRDI)		
Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica		Specificare il tipo di farmaco coinvolto: _____ In quale fase della terapia è avvenuto l'evento? <input type="checkbox"/> prescrizione <input type="checkbox"/> trascrizione <input type="checkbox"/> preparazione <input type="checkbox"/> somministrazione Tipo di errore (es: errore di dosaggio / via di somministrazione/ velocità di somministrazione/ mancata somministrazione / scambio di farmaci): _____		
Trattamenti indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:		<input type="checkbox"/> Visita Medica <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Consulenze specialistiche (Specificare) _____ <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche: <input type="checkbox"/> TAC _____ <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> RM _____ <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> ECO _____ <input type="checkbox"/> RX _____ <input type="checkbox"/> Apparecchi gessati <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero in terapia intensiva _____ <input type="checkbox"/> Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ a chi? _____		
(Allegare i referti)		Fattori che possono aver contribuito all'evento: Fattori legati al paziente <input type="checkbox"/> Grossa fragilità o infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ Fattori legati al personale <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza/formazione <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ Fattori legati al sistema <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo / inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn over <input type="checkbox"/> Scarso continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo / procedura inesistente o ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure <input type="checkbox"/> Mancata / inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancato/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Mancanza/carenza delle istruzioni di utilizzo <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
Esito dell'evento:		<input type="checkbox"/> nessun esito (evento che non ha provocato al paziente alcun danno) <input type="checkbox"/> minore (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati / Osservazioni e monitoraggio) <input type="checkbox"/> moderato (osservazioni o monitoraggi extra / ulteriore visita medica/specialistica / indagini diagnostiche / trattamento con altri farmaci / trasferimento ad altra UO senza prolungamento dei giorni di degenza) <input type="checkbox"/> significativo (evento che comporta una invalidità temporanea con un prolungamento dei giorni di degenza) <input type="checkbox"/> severo (evento che causa morte o grave danno ed invalidità permanente)		
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SÌ Quali? _____		
Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)		Nome e Cognome _____ <input type="checkbox"/> Direttore U.O. <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Referente SQ/RM <input type="checkbox"/> Altro _____		

Figura 2. Modulo di segnalazione Eventi avversi/near miss.

Nel corso dell'anno 2020 sono stati segnalati 263 eventi totali di cui 234 eventi avversi, 1 evento sentinella, 15 near miss, 13 segnalazioni classificabili come altro.

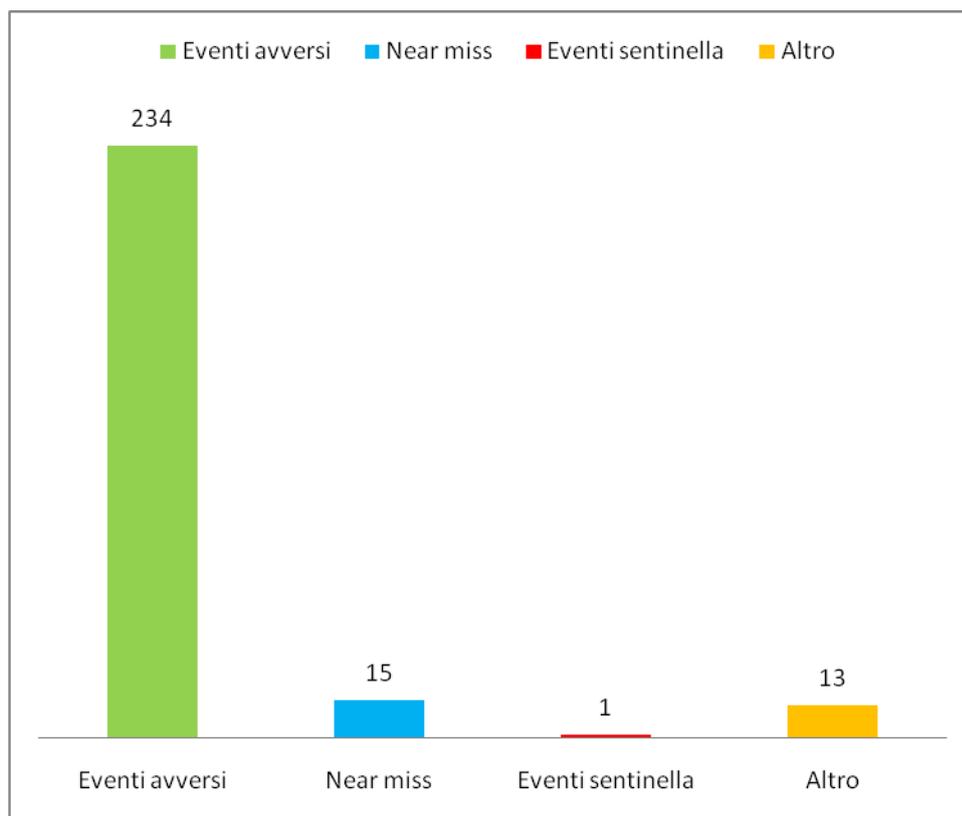


Figura 3. Segnalazioni pervenute mediante sistema di Incident Reporting (Anno 2020).

Il 73% delle segnalazioni pervenute mediante incident reporting sono eventi di cadute paziente, mentre la restante parte di eventi avversi e near miss segnalati sono da riferirsi ad altra tipologia di eventi indesiderati correlati ai processi assistenziali. Le segnalazioni sono state prese in carico dalla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management per un approfondimento del caso.

Nella tabella 1 si riporta la distribuzione delle segnalazioni per Struttura aziendale segnalante.

Tabella 1. Distribuzione segnalazioni per struttura aziendale.

Struttura	totale
Policlinico SS. Annunziata Chieti	161
Ospedale F. Renzetti Lanciano	21
Ospedale San Pio da Pietralcina Vasto	32
Ospedale G. Bernabeo Ortona	31
Ospedale San Camillo De Lellis Atessa	7
PTA Guardiagrele	2
Altro (Distretti, ambulatori)	9
Totale	263

Per la classificazione degli eventi segnalati sono stati utilizzati i criteri proposti nella *International Classification for Patient Safety (ICPS) – WHO ed. 2009* e in tabella 2 e figura 4 sono riportati i risultati della classificazione.

Tabella 2. Classificazione degli eventi segnalati (Incident Reporting) per Tipologia di evento.

Classificazione Tipologia Evento/Near miss	N ° casi
Aspetti amministrativi della gestione clinica	15
Comportamenti	26
Dispositivi medici/ Attrezzature/Proprietà	10
Farmaci e Terapia	4
Gestione delle risorse/organizzazione	3
Incidenti del paziente	174
Infrastrutture/Infissi	1
Processi e Procedure	27
NA	3
Totale	263

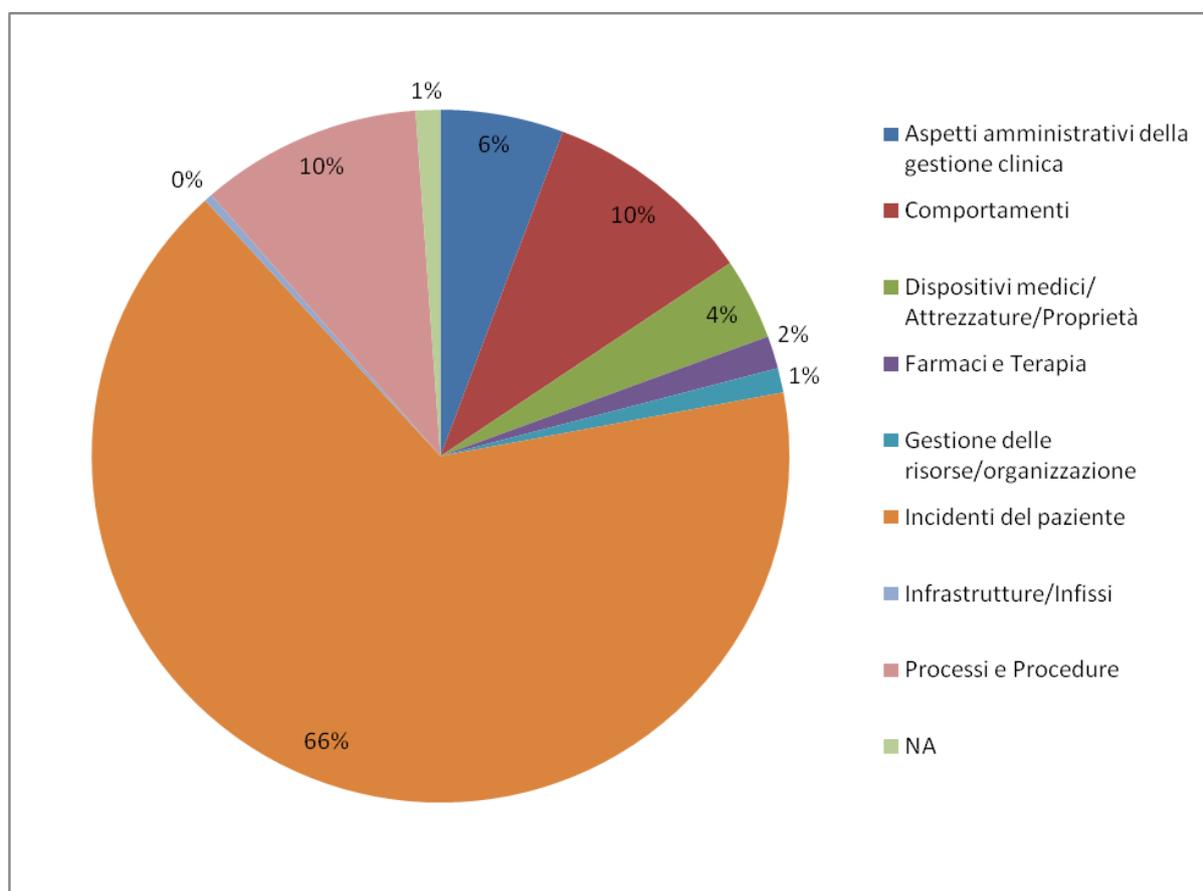


Figura 4. Classificazione degli eventi (Incident Reporting) per Tipologia di evento.

Ogni categoria relativa alla Tipologia di evento è strutturata in sottocategorie, pertanto è stato possibile collocare gli eventi nelle diverse sottocategorie ottenendo i risultati rappresentati di seguito.

Tabella 3 – Classificazione degli eventi (Incident Reporting) per sottocategorie.

Classificazione per sottocategorie	N° casi
Aspetti amministrativi della gestione clinica	15
Allocazione compiti	1
Identificazione del paziente	4
Passaggi di consegna	5
Ricovero	1
Transizione di cura	4
Comportamenti	26
Molestie/Aggressioni verbali	19
Suicidio	1
Violenza su operatore	6
Dispositivi medici/Attrezzature/Proprietà	10
Uso inappropriato di dispositivi o apparecchiatura	1
Errore utente	1
Malfunzionamento	7
Non disponibilità	1
Farmaci e Terapia	4
Allestimento terapia	1
Somministrazione	3
Gestione delle risorse/organizzazione	3
Adeguatezza organizzativa	3
Incidenti del paziente	174
Cadute accidentali	171
Contatto accidentale con oggetto	1
Puntura	1
Schiacciamento	1
Infrastrutture/Infissi	1
Struttura	1
Processi e Procedure	27
Assistenza generale	13
Campioni e risultati	1
Diagnosi e valutazione	3
Indagini ed esami diagnostici	2
Trattamento/Intervento	8
NA	3

Figura 5. Distribuzione eventi per la categoria “Processi e Procedure”

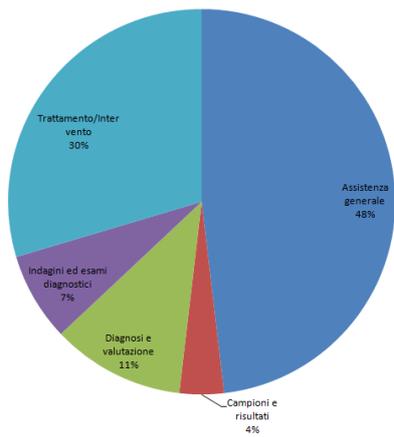


Figura 6. Distribuzione eventi per la categoria “Comportamenti”

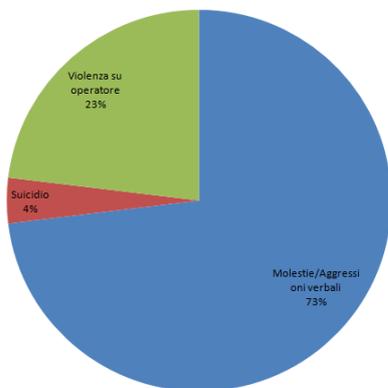
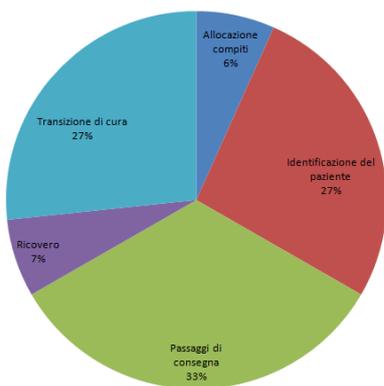


Figura 7. Distribuzione eventi per la categoria “Incidenti paziente”



3. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto sancito dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito della quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2011 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento, utilizzando lo schema di segnalazione riportato nel seguente diagramma di flusso:

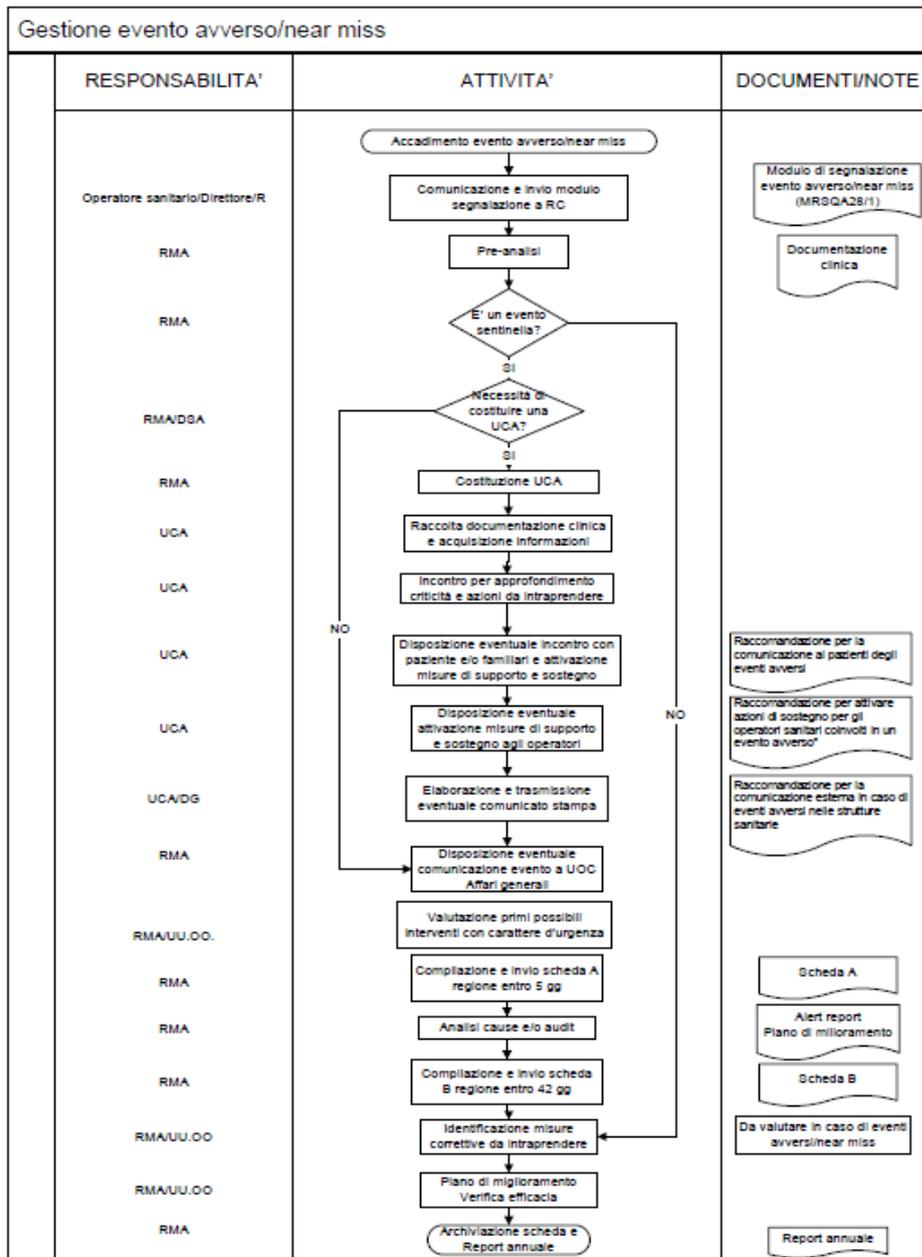


Figura 1. Diagramma di flusso per la gestione degli eventi avversi/near miss.

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, vengono approfondite mediante tecniche di analisi del rischio, quali, ad esempio, audit, root cause analysis, etc.

In particolare nel corso dell'anno 2020 sono stati segnalati al SIMES N° 1 Evento Sentinella.

Occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato, già da diversi anni, una serie di procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, anche in ottemperanza alle Raccomandazioni Ministeriali, volte a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

- Procedura Gestione farmaci
- Istruzione operativa per l'utilizzo di soluzioni concentrate di potassio
- Procedura per la prevenzione di ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Gestione della sicurezza perioperatoria del paziente
- Istruzione operativa sulla corretta identificazione del paziente tramite il braccialetto elettronico
- Procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale
- Procedura per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Procedura per la prevenzione della morte materna e neonatale correlata al travaglio e/o parto
- Procedura per trasporto materno e neonatale in emergenza (STAM e STEN)
- Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- Procedura per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- Procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
- Procedura per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita
- Procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Procedura per la gestione del triage
- Procedura per la prevenzione della morte materna e neonatale correlata al travaglio e/o parto

Le procedure vengono periodicamente revisionate alla luce degli aggiornamenti delle Linee Guida e sono tenute sotto costante monitoraggio.

Tutti i regolamenti, le procedure, la modulistica allegata e le raccomandazioni del Ministero della salute sono disponibili sulla pagina del Sito Aziendale <http://www.info.asl2abruzzo.it/qualita/> che indirizzerà direttamente al sito Talete e alla pagina consultazione documenti.

Gli eventi sentinella dopo la segnalazione al Ministero della Salute ed alla Direzione Politiche della Salute sono stati analizzati con la collaborazione delle Unità Operative interessate, ed è stata eseguita un'analisi dei fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento. I piani di miglioramento aziendali scaturiti dall'analisi degli eventi sentinella vengono verificati dal risk management alla scadenza prevista dal piano.

4. Dispositivo vigilanza

L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.

Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.

Anche il fabbricante o il suo mandatario sono tenuti ad analoghe comunicazioni qualora vengano a conoscenza di alterazioni delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico o della inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, nonché delle cause di ordine tecnico e sanitario che hanno causato il ritiro sistematico dal mercato del dispositivo medico da parte del fabbricante medesimo.

L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del dispositivo medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.

La revisione dell'analisi del rischio da parte del fabbricante dovuta a segnalazioni o a miglioramenti del processo produttivo può generare degli avvisi di sicurezza. Per ottenere una diffusione più capillare delle informazioni, la principale modalità di divulgazione degli avvisi di sicurezza è la pubblicazione da parte dell'Autorità Competente sul proprio portale.

Questa pubblicazione non deve essere però intesa come unico canale di divulgazione e nemmeno come archivio completo per la ricerca di tutti gli avvisi di sicurezza inviati da tutti i fabbricanti che, secondo la vigente normativa, sono tenuti ad informare direttamente tutti i soggetti coinvolti nell'uso di DM oggetto di azioni correttive di campo (Direzioni Sanitarie, Responsabili aziendali di vigilanza, medici e utilizzatori nelle strutture pubbliche e private) tramite lettere di informazione di sicurezza.

Nonostante il fabbricante sia tenuto alla comunicazione all'utilizzatore, è opportuno che l'Ufficio della Dispositivo vigilanza consulti regolarmente le pagine del sito ministeriale dove sono pubblicati gli avvisi di sicurezza al fine di dare tempestiva informazione per l'avvio delle azioni previste.

Il Responsabile aziendale della vigilanza che viene a conoscenza di un avviso di sicurezza, inviato direttamente dal fabbricante o pubblicato sul sito ministeriale porta a conoscenza dei contenuti, tutte le UU.OO. che utilizzano il DM oggetto dell'avviso.

All'interno della ASL 2 Abruzzo è attiva una Procedura aziendale (Procedura per la vigilanza sui dispositivi medici) con lo scopo di fornire una guida sui percorsi e comportamenti da tenere nell'attuazione della vigilanza inerenti i Dispositivi Medici su:

- incidenti
- mancati incidenti
- reclami
- avvisi di sicurezza/ritiri da parte del Ministero.

Le segnalazioni di dispositivo vigilanza effettuate nel corso del 2020 sono state 30.

5. Farmacovigilanza

I medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare le sospette reazioni avverse di cui vengono a conoscenza nell'ambito della propria attività.

La segnalazione spontanea rappresenta, a tutt'oggi, il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle nuove reazioni avverse che si manifestano dopo l'immissione in commercio di un farmaco. I medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare le sospette reazioni avverse di cui vengono a conoscenza nell'ambito della propria attività (Segnalazione di sospetta reazione avversa -ADR).

Per reazione avversa si intende qualunque effetto nocivo e non voluto conseguente:

- all'uso di un medicinale conformemente alle indicazioni contenute nell'AIC;
- ad errori terapeutici;
- ad utilizzo non conforme alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio, incluso il sovradosaggio, l'uso improprio, l'abuso;
- all'esposizione per motivi professionali.

Nella ASL 2 Abruzzo è attivo un sistema di segnalazione inerente l'attività di segnalazione.

Nel 2020 sono state effettuate 35 segnalazioni.

6. Emovigilanza

L'emovigilanza è un sistema, coordinato dal Centro nazionale sangue ed alimentato dal sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni relativi alle reazioni gravi e agli eventi avversi gravi correlati al processo trasfusionale, permettendone l'elaborazione.

Presso la ASL Lanciano Vasto Chieti nel corso del 2020 sono state effettuate 6 segnalazioni di reazioni avverse lievi e 4 segnalazioni di reazioni con necessità di intervento terapeutico.

In azienda è attiva un procedura di emovigilanza in uso presso il Centro Trasfusionale Aziendale ed è stata implementata la procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.

7. Piano annuale Risk management

Risultati Piano di miglioramento 2020

La UOC Qualità, accreditamento e risk management, grazie alla robustezza del sistema costruito negli anni, basato su una visione di integrazione tra l'area della qualità e del rischio clinico, ha contribuito con le attività di seguito elencate a far fronte all'emergenza Coronavirus con il fine di creare un sistema più sicuro per il cittadino e per gli operatori sanitari, anche mediante l'applicazione degli strumenti propri del governo clinico (procedure, percorsi clinici ed organizzativi, audit clinici).

- **Supporto alla Direzione aziendale nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi.**

Sin dall'inizio dell'emergenza internazionale, pur non essendoci ancora evidenti focolai significativi in ambito nazionale ma solo segnalazioni sporadiche, la UOC Qualità, accreditamento e risk management ha fornito il proprio supporto alla Direzione Aziendale al fine di identificare un programma per la gestione dell'emergenza. In data 10 Febbraio 2020, grazie al lavoro del gruppo di lavoro (GdL), composto dalle principali figure coinvolte e coordinato dalla stessa UOC, veniva validato un primo documento "Procedura per la gestione di casi e contatti nella malattia da nuovo coronavirus (COVID-19)", rivolto a tutti gli operatori sanitari che hanno prestato assistenza nei diversi PP.OO. e nelle UU.OO/Servizi/Ambulatori/Sistema 118/Medicina Generale/Pediatria di Libera Scelta/Continuità Assistenziale/Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (SIESP) della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, affinché fosse applicata in tutti gli ambiti di cura e assistenza.

La UOC qualità, accreditamento e risk management ha sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria preso parte a diversi gruppi di lavoro in ambito regionale. Con delibera N.254 del 10 Marzo 2020 è stata istituita l'Unità di Crisi Aziendale della ASL 2 Abruzzo per la sorveglianza, prevenzione e trattamento delle infezioni da SARS-Cov-2 composta inoltre dal Direttore della UOC qualità, accreditamento e risk management con il fine di adottare tutte le misure per minimizzare il rischio dovuto all'emergenza epidemiologica assicurando la funzionalità dei servizi sanitari. La UOC qualità, accreditamento e risk management ha fornito il proprio supporto tecnico-scientifico, nonché metodologico, ai numerosi incontri promossi dalla Direzione Generale con i professionisti dell'area ospedaliera, dell'area territoriale e con i MMG/PLS/Continuità assistenziale, e, inoltre, ha supportato l'attivazione e gestione del numero verde emergenza coronavirus. Ha gestito la diffusione dei diversi documenti emanati dalle istituzioni nazionali che gestiscono l'emergenza, relativamente alle misure di prevenzione da adottare.

- **Elaborazione e diffusione di procedure, protocolli, istruzioni operative.**

La gestione dei pazienti con COVID-19 è stata declinata in apposita procedura aziendale costantemente revisionata sulla base delle frequenti indicazioni regionali e ministeriali nonché dell'evidenza scientifica corrente. Inoltre la UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management ha coordinato diversi gruppi di lavoro, molti dei quali promossi da referenti qualità fidelizzati nel corso degli anni e particolarmente attenti e proattivi sulle tematiche del rischio, per la redazione di procedure e istruzioni operative contestualizzate ai diversi setting assistenziali e finalizzate a prevenire il verificarsi di possibili eventi avversi nelle aree a maggior rischio (es. paziente chirurgico, gestante, critico, paziente dializzato, paziente con ictus, paziente con patologie cardiovascolari, etc). Di seguito si riporta l'elenco dei documenti elaborati:

-Procedura per la gestione della Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) PGSQA107

- Istruzione operativa gestione dei pazienti critici con covid-19 IOSQA48

- Istruzione operativa Gestione ostetrica della gestante con accertata/sospetta infezione da coronavirus (covid-19) IOSQA50
- Istruzione operativa per la gestione del paziente chirurgico con accertata/sospetta infezione da coronavirus (COVID-19) IOSQA51
- Istruzione operativa per l'esecuzione di esami RX e TC torace su pazienti con accertata/sospetta infezione da coronavirus (covid-19) IOSQA52
- Istruzione operativa per l'esecuzione di esami RX e TC torace su pazienti con accertata/sospetta infezione da coronavirus (covid-19) PO Lanciano IOSQA52A
- Istruzione operativa per l'esecuzione di esami RX e TC torace su pazienti con infezione da coronavirus (covid-19) Atesa IOSQA52B
- Istruzione operativa gestione del percorso ictus in paziente covid-19 IOSQA53
- Istruzione operativa funzionamento unità speciali di continuità assistenziale (USCA) IOSQA54
- Istruzione operativa per la gestione del paziente in dialisi con accertata/sospetta infezione da coronavirus (covid-19) IOSQA55
- Gestione del personale potenzialmente esposto a casi di COVID 19 IOSQA56
- Istruzione operativa Servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN) COVID-19 IOSQA57
- Istruzione operativa per la gestione dei pazienti con patologie cardiovascolari e concomitante accertata/sospetta infezione da SARS-Cov2 IOSQA58
- Istruzione operativa Teledermatologia IOSQA59
- Istruzione operativa per la gestione del paziente pediatrico con accertata/sospetta infezione da coronavirus (covid-19) IOSQA60
- Modalità di utilizzo piattaforma "Gestione COVID-19" (Sm@rtTest) IOSQA62
- Sanificazione ambientale Aree Covid IOSQA63
- Misurazione temperatura accessi strutture sanitarie ASL IOSQA64
- RG04 Linee di indirizzo per la rimodulazione delle attività sanitarie fase 2

- **Esecuzione di sopralluoghi con i componenti del gruppo tecnico per la verifica di fattibilità per l'apertura di reparti destinati a pazienti covid.**

Nel corso di tutta l'emergenza sono stati effettuati diversi sopralluoghi con i componenti del gruppo tecnico (Direzione Medica di Presidio, Ufficio Tecnico, RSPP, Ingegneria Clinica) per la rimodulazione della assistenza ospedaliera in funzione dell'emergenza COVID-19, per la verifica della rispondenza ai requisiti da soddisfare per l'attivazione di aree mediche da destinare ai pazienti Covid, per la gestione dei posti letto, per la riorganizzazione delle Sale operatorie, per la riconversione delle terapie intensive Covid.

- **Supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza a operatori e pazienti (realizzazione percorsi sporco/pulito, etc.) al fine di favorire una migliore adesione ed evidenziare le possibili criticità.**

Dopo aver eseguito diversi sopralluoghi con il fine di individuare i percorsi da destinare a pazienti Covid e no-Covid, è stato redatto un documento (Allegato B Percorsi Covid-19 PO SS. Annunziata Chieti) dove vengono delineati i percorsi da seguire all'interno del PO SS. Annunziata di Chieti e individuati da opportuna segnaletica orizzontale. Nel documento vengono descritti i percorsi da seguire all'interno del PO SS. Annunziata di Chieti per il trasporto del paziente Covid che accede al Pronto Soccorso – Accettazione infettivi o tramite 118, nonché i percorsi interni per il trasporto del paziente Covid da un Reparto all'altro del presidio. Il documento è stato distribuito dalla Direzione Medica Ospedaliera a tutte le UU.OO. nonché ai servizi esternalizzati al fine di una corretta applicazione dei percorsi nonché pubblicato sull'applicativo Taleteweb a disposizione di tutti gli operatori della ASL.

- **Azioni di sostegno ai programmi di “infection control” mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate alla prevenzione delle infezioni ospedaliere (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, formazione per la compliance all’igiene delle mani, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, ecc) e supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, attraverso: la realizzazione di incontri formativi ad hoc basati sulla simulazione e la formazione sul campo, produzione di strumenti di comunicazione (poster, brochure, etc..) per gli operatori sanitari.**

Sono state condotte diverse consulenze sul campo presso le Unità Operative aziendali, con il supporto dell’infermiera specialista in management del rischio infettivo, per la gestione emergenza Covid al fine di fornire indicazioni comportamentali atti alla prevenzione del rischio infettivo, all’utilizzo appropriato dei DPI, all’igiene delle mani, al ricondizionamento dello strumentario e delle superfici al personale medico, infermieristico e tecnico.

E’ stata fornita consulenza al personale in vista della riorganizzazione dell’Ospedale Covid di Atesa con una formazione ad hoc su: epidemiologia coronavirus, rimodulazione delle attività assistenziali aziendali, procedura aziendale, rischio infettivo, infezioni correlate all’assistenza, precauzioni standard ed aggiuntive (igiene delle mani, utilizzo dei guanti, igiene respiratoria, precauzioni da droplets, utilizzo dei DPI, igiene degli ambienti, disinfettanti ed antisettici da utilizzare). Inoltre sono stati condotti incontri formativi sia sui presidi ospedalieri che territoriali per formare ed informare tutto il personale su: azioni aziendali intraprese, procedure Covid, riorganizzazione della rete assistenziale e dei posti letto per pazienti Covid, remainder sul rischio infettivo, infezioni correlate all’assistenza, precauzioni standard ed aggiuntive. Negli incontri è stato fornito e distribuito materiale informativo (brochure, poster, etc). Sono stati organizzati inoltre incontri di confronto con le ditte di pulizia su metodi, strumenti e prodotti utilizzati durante il periodo covid.

E’ stato realizzato un video sulla vestizione e svestizione secondo le indicazioni dell’OMS che è stato diffuso a livello aziendale e messo a disposizione di tutti i professionisti, inoltre al fine di sensibilizzare gli utenti sono stati proiettati, nei point visivi dell’Azienda, due video prodotti da Anipio “In ospedale ai tempi del Covid-19, come comportarsi” e “Convivere con il Covid, come e cosa fare”.

- **Elaborazione materiale informativo per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali.**

Sono stati distribuiti presso tutte le strutture Aziendali i poster e le brochure già elaborati dalla UOC qualità, accreditamento e risk Management e il gruppo operativo CIO:

- “Previene le infezioni, lavati le mani”
- “Ferma i germi che causano malattie a te e agli altri – Copri la tua tosse”
- “Tu e la prevenzione delle infezioni - note informative per i cittadini”

Sono stati distribuiti inoltre presso le strutture aziendali e al personale sanitario le brochure elaborate da ANIPIO e dal Ministero della Salute:

- “Come comportarsi, un codice per operatori sanitari e sociosanitari (COVID-19)”
- “Come si utilizzano le mascherine di comunità e chirurgiche”
- Contagiati delle emozioni- un decalogo per operatori sanitari e sociosanitari impegnati in situazioni di emergenza”

E’ stato realizzato un poster indirizzato ai cittadini al fine di promuovere le buone prassi fondamentali nel contenimento del contagio da Coronavirus.

- “Poster per pazienti e visitatori Emergenza Covid -19 Raccomandazioni per le persone che si recano nelle strutture sanitarie”

Sono state realizzate inoltre informative per l’utenza, come ad esempio:

- Informativa trattamento dati personali controllo temperatura INFIOSQA64-01
- Informativa utente INFIOSQA55/1 paziente dialisi covid 19

- “Raccomandazioni per le persone in isolamento fiduciario e per i conviventi”

- **Attività formativa rivolta agli operatori della ASL 2 Abruzzo.**

Il 15 Febbraio 2020 si è tenuto il corso “Aggiornamento in tema di infezioni da coronavirus” (10-13) aperto a MMG/PLS/CA e operatori della ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

Il 27 Febbraio 2020 si sono tenute 2 edizioni, la prima a Chieti e la seconda a Lanciano del corso “Nuovo coronavirus Covid-19 Modalità operative nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti” aperto a tutti gli operatori della ASL 2 Abruzzo.

La Direzione generale il 28 Febbraio 2020 ha trasmesso a tutti i dipendenti la comunicazione a iscriversi al corso FAD promosso dall’istituto Superiore di sanità “Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto”.

Il DPCM del 9 Marzo 2020 ha sospeso tutte le attività formative frontali bloccando di fatto l’evento formativo già accreditato e programmato per il 12 Marzo 2020.

Dal 19 Marzo 2020 attraverso la responsabile infermieristica specialista nel rischio infettivo del GO CIO/SAPS afferente alla UOC qualità, accreditamento e risk management è stato attuato un piano di formazione on the job a tutto il personale sanitario compresi gli OSS e il personale somministrato e delle ditte esterne rispetto alla gestione del paziente Covid sul corretto utilizzo dei DPI e tecnica di vestizione/svestizione (anche con il supporto del personale del 118), percorsi, precauzioni standard e aggiuntive per la prevenzione del rischio infettivo, principi di igiene e sanificazione ambientale e delle superfici, corretto uso degli antisettici e disinfettanti e smaltimento dei rifiuti. In totale sono stati formati circa 1000 operatori.

La UOC qualità, accreditamento e risk management inoltre tramite la rete dei referenti, in data 19 Aprile 2020 ha promosso la partecipazione al corso FAD dell’istituto Superiore di sanità “Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19” e contestualmente ha sollecitato la partecipazione al corso dell’ISS “Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto”. E’ stata svolta attività formativa rivolta ai Medici arruolati ad hoc per la gestione del numero verde coronavirus e ai medici U.S.C.A..

Sono stati organizzati dei corsi per gli operatori sanitari esecutori di tamponi per la ricerca SARS-CoV2 in collaborazione con la clinica otorinolaringoiatrica.

- **Attivazione Covid Hospital di Atesa.**

La UOC SQA ha collaborato con la Direzione all’attivazione del Covid Hospital di Atesa alla stesura del Regolamento RG03 “Degenza Covid Hospital Atesa”. A seguito dell’emergenza COVID-19 si è infatti reso necessario mettere in atto interventi urgenti e indifferibili e con specifica delibera aziendale si è individuato lo stabilimento di Atesa quale Covid-Hospital, ove vengono allocati i pazienti che hanno già iniziato un percorso di cura presso i PP.OO. Hub di Chieti e Vasto e che, per la prosecuzione delle cure, hanno la necessità di essere ulteriormente ricoverati in una struttura ospedaliera sino alla guarigione completa.

- **Gestione procedura informatizzata per richiesta ed esecuzione di esami biomolecolari per ricerca SARS-CoV2**

La UOC SQA ha collaborato alla definizione delle modalità operative per la richiesta, esecuzione e refertazione di esami biomolecolari per ricerca SARS-CoV2 tramite piattaforma informatizzata, supportando gli utenti (MMG/PLS/Unità Operative e DMO) al corretto utilizzo del sistema informatico.

- **Supporto all’attivazione drive in aziendali e gestione del sistema zerocoda per la prenotazione da parte degli utenti.**

- **Coordinamento per l’attivazione del “pronto soccorso emotivo” - Sostegno psicologico per operatori.**

L'emergenza causata dal contagio da coronavirus rappresenta uno scenario nuovo e particolarmente complesso che ha messo a dura prova le risorse degli operatori dal punto di vista professionale, personale, umano ed emotivo. In questo clima, però, gli operatori sanitari sono stati chiamati a dare risposte di efficacia, efficienza e prontezza che però li espone ancora di più ad emozioni negative. E' stato necessario intervenire, precocemente, con specifiche tecniche di "pronto soccorso emotivo" che mirano a disinnescare le reazioni di allarme e potenziare la resilienza sia individuale che di gruppo. La ASL 2 Abruzzo ha attivato, sotto il coordinamento della UOC qualità, accreditamento e risk management, degli incontri di defusing, condotti da un team di psicologi esperti. Lo strumento della "defusione", permette agli operatori di guardare alle proprie emozioni e vissuti con una modalità nuova, attraverso la condivisione, il distanziamento, la rielaborazione in positivo ed ha una durata di circa 30 minuti. Il servizio di sostegno psicologico è stato attivo dal lunedì al venerdì a partire da mercoledì 25 marzo.

- **Collaborazione alla redazione delle Linee di Indirizzo per la rimodulazione delle attività sanitarie fase 2.**

L'evoluzione dello scenario epidemiologico e la necessità di far ripartire le attività cliniche sospese, ha reso necessaria la predisposizione di linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da SARS-CoV2, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie. La ASL Lanciano Vasto Chieti ha adottato con le linee di indirizzo contenute nel Regolamento RG04, un piano di riavvio delle attività sanitarie sospese che tiene conto delle singole specificità organizzative, strutturali e di contesto, predisponendo, per contrastare il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID-19, misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale.

- **Promozione utilizzo strumenti di risk management (incident reporting, audit, etc).**

È stato promosso inoltre l'utilizzo di metodi e strumenti del risk management sanitario per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS- Cov 2, quali:

- Incident reporting: per la segnalazione di accadimenti correlati alla sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari (ad es. difformità rispetto alle appropriate indicazioni delle istituzioni ministeriali/regionali e alle relative procedure aziendali, episodi di mancata/ritardata diagnosi/trattamento, ecc.), al fine di promuovere azioni correttive e di miglioramento;

Nella tabella che segue sono riportate le segnalazioni ricevute specificatamente alla gestione Covid-19 e classificate secondo i criteri proposti nella *International Classification for Patient Safety (ICPS)*.

Tabella 4. Classificazione degli eventi segnalati (Incident Reporting) Covid-19 per Tipologia di evento.

Classificazione per sottocategorie	N° casi
Aspetti amministrativi della gestione clinica	2
Comportamenti	2
Dispositivi medici/ Attrezzature/Proprietà	1
Gestione delle risorse/organizzazione	2
Incidenti del paziente	14
Processi e Procedure	9
Totale	30

Oltre alla segnalazione di eventi di caduta in pazienti affetti da infezione da SARS- Cov 2, dall'analisi delle segnalazione è emerso inoltre che si sono verificati eventi avversi/near miss riferiti a processi e

procedure e nella fattispecie legati all'assistenza in generale, diagnosi e valutazione, e trattamento e intervento su pazienti covid.

L'analisi dell'incident reporting e di tutte le segnalazioni pervenute evidenzia che il livello di sensibilizzazione alla segnalazione da parte degli operi sanitari ha raggiunto un ottimo livello dimostrando che, anche in un momento di emergenza come questo, gli operatori hanno riconosciuto nella segnalazione dell'evento avverso o quasi evento uno strumento efficace per evidenziare tutti i possibili errori e buchi falle presenti nel sistema, creando così le condizioni per una immediata valutazione e per la conseguente individuazione di possibili azioni correttive e di miglioramento legate alla gestione dei pazienti Covid. Tale esperienza dimostra come un efficiente approccio di Risk Management si adotta approcciando a tutti i livelli "una cultura del rischio"; una cultura condivisa dell'azienda che non solo è conoscenza e comprensione del contesto organizzativo ma che include soprattutto i valori che il gruppo riconosce come comuni. E' di auspicio che, in seguito a un avvenimento di questa portata, come quello del Coronavirus, anche la cultura del rischio clinico in Italia ne uscirà profondamente cambiata e più matura.

Piano di miglioramento 2021 – Emergenza Coronavirus

Per l'anno 2021, continueranno ad essere implementate e promosse per tutto il periodo dell'emergenza e nella fase post emergenziale, in ottemperanza a tutte le indicazioni ministeriali, regionali ed aziendali, tutte le attività volte al contenimento dell'emergenza coronavirus.

Nel corso del 2021 verrà dato spazio ad attività di monitoraggio dell'aderenza alle diverse procedure aziendali elaborate per la gestione dei pazienti covid al fine di individuare possibili criticità e applicare azioni correttive e di miglioramento, anche alla luce delle segnalazioni pervenute dalle UU.OO. aziendali e dagli operatori sanitari.

Inoltre ci si concentrerà sulla campagna di screening di popolazione mediante test antigenico e sulla campagna vaccinale anti Covid-19 che rappresentano interventi preventivi con particolare impegno organizzativo, professionale e logistico per la ASL Lanciano vasto Chieti. La UOC qualità, accreditamento e rischio clinico concorrerà dunque alla messa a punto di indicazioni strategiche e operative che consentano di realizzare al meglio queste campagne nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.