

**I.P.A.B. CENTRO ANZIANI
VIA P.VERONESE N.9
37012 BUSSOLENGO - VR
P.I. 02327970238**

N. 76/19 REGISTRO DETERMINAZIONI

Albo on line

L'anno **duemiladicianove (2019)** nel mese di **aprile (04)** del giorno **dodici (11)**, nel preposto ufficio,

IL SEGRETARIO DIRETTORE

ADOTTA

La seguente

DETERMINAZIONE

OGGETTO:

D.G.R. n.1831/2008. NOMINA RESPONSABILE delle FUNZIONI per la GESTIONE della SICUREZZA del PAZIENTE. APPROVAZIONE PROCEDURA di SEGNALAZIONE di INCIDENT REPORTING e/o NEAR MISS

OGGETTO: D.G.R. n.1831/2008. NOMINA RESPONSABILE delle FUNZIONI per la GESTIONE della SICUREZZA del PAZIENTE. APPROVAZIONE PROCEDURA di SEGNALAZIONE di INCIDENT REPORTING e/o NEAR MISS.

IL SEGRETARIO DIRETTORE

PREMESSO che con la D.G.R. n.1831/2008 è stato approvato il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema socio sanitario del Veneto in attuazione della D.G.R. n.445/2006;

ACCERTATO che tra le realtà interessate dall'adozione di quanto sopraindicato, pur in modo non vincolante e con la possibilità di adattamento alle diverse realtà organizzative, sono ricomprese anche i centri servizi per persone anziane non autosufficienti e che, in ogni caso, la nomina del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente con le attività indicate, costituisce requisito per l'accreditamento istituzionale;

CONSTATATO che la composizione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, è stato ridefinito al punto 03 del dispositivo della D.G.R. n.2364/2011 a parziale rettifica della citata D.G.R. n.1831/2008;

CONSIDERATO che i compiti del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, sono funzionali all'attivazione di processi di cambiamento culturale onde monitorare gli accadimenti avversi quale fonte conoscitiva per il possibile miglioramento dell'attività sanitaria e con particolare attenzione operativa ai rischi connessi ai servizi assistenziali erogati agli ospiti;

RILEVATO che, nell'allegato A alla citata D.G.R. n.1831/2008, la figura del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, nel caso di strutture sanitarie deve essere individuato tra i dirigenti medici, mentre nel caso di centri servizi per persone anziane non autosufficienti potrà essere individuato, in alternativa, anche tra altro personale ritenuto idoneo a svolgere la funzione in argomento;

RITENUTO pertanto, di identificare il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, per l'attivazione delle funzioni elencate nell'allegato A alla citata D.G.R. n.1831/2008, nella figura del **COORDINATORE SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE e dei SERVIZI** operante presso l'Ente, ritenuta idonea a ricoprire tale ruolo per adeguata competenza e formazione professionale acquisita;

RITENUTO, inoltre per consentire la piena operatività Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, di approvare la procedura di segnalazione di incident reporting e/o near miss e la scheda di segnalazione di incident reporting – gestione del rischio clinico, allegate al presente provvedimento del quale formano parte integrante e sostanziale;

VISTI l'art.14 dello Statuto e l'art. 09 del vigente Regolamento di Amministrazione dell'Ente inerenti l'individuazione dei compiti del Segretario-Direttore;

VISTI:

- a. la Legge 7 agosto 1990 n.241 e s.m.i.
- b. il D.Lgs. 18 agosto 2000 n.267 e s.m.i.;
- c. lo Statuto dell'Ente;

TUTTO ciò premesso;

DETERMINA

01. **DI DARE ATTO** che le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

02. **DI NOMINARE** a decorrere dal 15.04.2019, per le motivazioni in premessa descritte, il **COORDINATORE SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE e dei SERVIZI** operante presso l'Ente, quale Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, per l'attivazione del modello organizzativo adottato con la D.G.R. n.1831/2008, come modificato dalla D.G.R. n.2364/2011, e relativo allegato A);

03. **DI APPROVARE**, onde consentire la piena operatività del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, la procedura di segnalazione di incident reporting e/o near miss e la scheda di segnalazione di incident reporting – gestione del rischio clinico, allegate al presente provvedimento del quale formano parte integrante e sostanziale

04. **DI DARE ATTO** che le funzioni in argomento sono propedeutiche all'attivazione di processi di cambiamento culturale, per monitorare gli accadimenti avversi, quale fonte conoscitiva per il possibile miglioramento dell'attività sanitaria, con particolare attenzione operativa ai rischi connessi ai servizi assistenziali erogati agli ospiti;

05. **DI PRECISARE** che l'adozione del presente provvedimento non comporta alcun impegno economico di spesa a carico del Bilancio dell'Ente;

06. **DI ACCERTARE** che, l'istruttoria preordinata all'emanazione del presente atto, consente di attestare la regolarità e la correttezza dello stesso ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.147 bis comma 01 del D.Lgs. n.267/2000;

07. **DI DARE ATTO** che, ai sensi dell'art.04 comma 01 della Legge n.241/1990 e dell'art.09 del vigente Regolamento di Amministrazione, il Responsabile Unico del Procedimento è il Segretario Direttore dell'Ente;

08. **DI DISPORRE** la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo on line dell'Ente per 15 giorni consecutivi;

09. **DI TRASMETTERE** copia del presente provvedimento:

- a. Consiglio d'Amministrazione dell'Ente
- b. Ulss 09 Distretto 04 Ovest Veronese di Bussolengo
- c. Coordinatore S.S.A.S
- e. Settore Affari Generali e Personale per l'attuazione di quanto di competenza.

IL SEGRETARIO-DIRETTORE

F.to Francesco Zantedeschi



PUBBLICAZIONE all'ALBO

Certifico io sottoscritto Segretario Direttore, che la presente determinazione, ai sensi dell'art.124 del D.Lgs. 18.08.2000 n.267, viene pubblicata nell'Albo on line dell'Ente per quindici giorni consecutivi e diviene esecutiva nei termini previsti dall'art.10 del vigente Regolamento di Amministrazione.

Bussolengo, 12.04.2019

IL SEGRETARIO DIRETTORE

F.to Zantedeschi Francesco



PROCEDURA di SEGNALAZIONE di INCIDENT REPORTING e/o di NEAR MISS

AMBITO di APPLICAZIONE: **INTERO ENTE**

DATA di REDAZIONE: **12.04.2019**

DATA di DECORRENZA: **15.04.2019**

DETERMINA n.76 del 12.04.2019

PROCEDURA di SEGNALAZIONE di INCIDENT REPORTING e/o di NEAR MISS

01. DEFINIZIONE E SCOPO

La segnalazione, in primo luogo da parte degli operatori socio sanitari, di eventi significativi (incidenti o near miss cioè quasi-incidenti, accadimenti che avrebbero potuto evolvere in incidenti) assume rilevanza e utilità se viene effettuata e inserita in una visione di sistema, il cui obiettivo primario è il miglioramento della sicurezza per l'ospite e per gli operatori nella struttura socio sanitaria.

Il cosiddetto incident reporting è quindi la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato su accadimenti (in primo luogo near miss e incidenti) allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni di correzione/miglioramento per prevenirne il riaccadimento nel futuro.

I sistemi esistenti variano nello scopo, nel tipo di informazioni raccolte, nel livello di confidenzialità, nel feed back verso i "segnalatori", nell'utilizzo delle informazioni.

02. COME FUNZIONA

Il sistema si basa sulla segnalazione spontanea di accadimento connesso a un insuccesso (potenziale - i quasi-incidenti o near miss - ovvero che ha causato danni - l'incidente).

Le informazioni sono raccolte attraverso un modulo compilato dal personale dell'Ente che vengono successivamente codificate per rendere possibile la conoscenza dei fattori che hanno contribuito all'accadimento e l'analisi delle cause.

Questa fase è denominata incident reporting ed è utilizzata internamente alla struttura per gestire lo specifico evento, identificare problemi e predisporre azioni correttive.

03. PERSONALE INTERESSATO

Tutto il personale che opera all'interno della struttura ha il dovere di segnalare un accadimento potenziale o effettivo.

Nello specifico, il personale interessato:

- a. medico della struttura;
- b. coordinatore socio sanitario assistenziale e dei servizi
- c. infermieri
- d. operatori socio sanitari
- e. personale addetti ai seguenti servizi: assistente sociale, psicologo, fisioterapista, educatore, podologo, logopedista, parrucchiere e responsabili settori amministrativi
- f. manutentore/magazziniere

04. STRUMENTO di SEGNALAZIONE e MODALITÀ di COMPILAZIONE

Lo strumento di segnalazione è il modulo Mod.Coor_19 "Gestione del rischio clinico. SCHEDA di SEGNALAZIONE di INCIDENT REPORTING", allegato A).

Il modulo è disponibile nell'apposito faldone "Procedure e Protocolli" nella sala infermieri.

Il segnalatore è obbligato a compilare dettagliatamente e in modo completa le pagine 01 e 02 mentre le pagine 03 e 04 sono di competenza dei Referenti dell'Incidente Reporting.

Successivamente, per le dovute competenze, il modulo deve essere inoltrato al Coordinatore S.S.A.S. quale Responsabile per la Sicurezza del Paziente, che provvederà alla compilazione delle pagine 03 e 04 e trasmetterà il modulo completato al Segretario Direttore, per la presa in carico.

05. CONSIDERAZIONI FINALI

Riassumendo, le caratteristiche di un sistema efficace di segnalazione spontanea sono:

- a. la confidenzialità e l'assenza di comportamenti punitivi;
- b. la "restituzione" delle informazioni anche e soprattutto attraverso l'adozione di azioni che utilizzano quanto ricevuto.

I maggiori valori attribuibili a un sistema di incident reporting sono:

- a. fornire una base di riferimento per la progettazione e l'adozione delle azioni correttive e di miglioramento;
- b. creare la consapevolezza negli operatori sui temi inerenti la sicurezza dell'ospite.

IL SEGRETARIO DIRETTORE

Zantedeschi Francesco



Gestione del Rischio Clinico
SCHEMA SEGNALE di INCIDENT REPORTING

<i>Data</i>	<i>Operatore che segnala l'evento</i>	<i>Nominativo</i>	<i>Firma</i>
_____	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Infermiere/Operatore/_____		
	<input type="checkbox"/> Personale di Supporto		
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		

Luogo: _____

Descrizione dell'evento negativo: (come si sono svolti i fatti in modo sintetico, ma esaustivo: cosa è successo; dove; quando; come è successo; chi si è accorto di cosa stava succedendo o è accaduto?)

Descrizione del trattamento (rimedio adottato in quel momento o subito)

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati all'OSPITE	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere strutturali <input type="checkbox"/> Mancata/ridotta capacità di comunicazione
Fattori legati al PERSONALE	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguata conoscenza/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/Stress <input type="checkbox"/> Regola non seguita/Presca scorciatoia <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo

Fattori legati al SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Mancata coordinazione delle attività <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato
Suggerimenti per prevenire/evitare il ripetersi dell'evento	

**A CURA DEL/DEI REFERENTI DELL'INCIDENT REPORTING
DA COMPILARE SOLO IN CASO DI I.R.**

Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es. personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	<input type="checkbox"/> Livello 1	
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	<input type="checkbox"/> Livello 2	
Evento Effettivo	<u>NESSUN ESITO</u> : Evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	<input type="checkbox"/> Livello 1	
	<u>ESITO MINORE</u> : Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 2	
	<u>ESITO MODERATO</u> : Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine/trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)	<input type="checkbox"/> Livello 3	
	<u>ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO</u> : Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	<input type="checkbox"/> Livello 4	
	<u>ESITO SIGNIFICATIVO</u> : Ammissione in ospedale o prolungamento delle degenza/condizioni che permangono alla dimissione	<input type="checkbox"/> Livello 5	
	<u>ESITO SEVERO</u> : Disabilità permanente/contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 6	
Valutazione del rischio futuro			
Possibilità di ri accadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Uno o più di un evento anno <input type="checkbox"/> Meno di un evento anno		
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Esito minore (fino al livello 2) <input type="checkbox"/> Esito maggiore (livello pari o superiore a 3)		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Audit interno <input type="checkbox"/> Stesura/revisione protocollo/procedura	<input type="checkbox"/> Modifica organizzativa <input type="checkbox"/> Formazione/addestramento	<input type="checkbox"/> Utilizzo presidi/attrezzatura <input type="checkbox"/> Altro.....
<input type="checkbox"/> NO			
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero ordinario
<input type="checkbox"/> NO			

Commenti:

Referenti Incident Reporting:

Responsabile Sicurezza Paziente

Data

Per presa incarico:

Segretario-Direttore

Data
