



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Risk Management

Piazza Igea, 1

97100 RAGUSA

Telefono

0932.234348

0932.234366

EMAIL:

giovanni.ruta@asp.rg.it

rischioclinico@asp.rg.it

OGGETTO: Verbale riunione del Comitato per il Rischio Clinico del 29 gennaio 2019

In data 29 gennaio 2019 alle ore 12,00 presso gli uffici della Direzione Generale siti in Piazza Igea Ragusa, si è riunito il Comitato per il Rischio Clinico, convocato per trattare il seguente ordine del giorno:

- Procedura Aziendale per la gestione in urgenza delle convulsioni in età pediatrica;
- Procedura per la gestione dei fermi tecnici delle Tac aziendali;
- Procedura per la gestione della analgesedazione in età pediatrica;
- Varie ed eventuali.

Sono presenti:

Dr. Emanuele Cassarà Direttore Amministrativo Aziendale

Dott.ssa Stefania Zingali (delegata dal Dir. Medico di Pres. Osped. G.P.II-OMPA)

Dr. Pietro Bonomo - Dir. Medico di Pres. Osped. Modica-Scicli

Dr. Giuseppe Algieri (delegata dal Dir. Medico di Pres. Osped. "Guzzardi" Vittoria

Dr. Salvatore Pianeta - Direttore S.C. Medicina Legale e Fiscale

Ing. Gaetano Cilia - Direttore S.C. Facility Management

Dott.ssa Maria Sigona - Direttore S.C. Risorse Umane

Dr. Biagio Aprile - Responsabile Ufficio Accreditamento

Dr. Giuseppe Smecca - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Dr. Giovanni Ruta – Responsabile U.O.S. Qualità Rischio Clinico e Accr.

Dr. Carmelo Scarso-Direttore Dipart. Emergenza Urgenza-Direttore U.O.C.M.C.A.U. Vittoria

Dr. Sebastiano Tiralongo- Direttore U.O.C. Anest. e Rianimazione "Guzzardi" Vittoria

Dr. Rosario Salvo- Direttore U.O.C. Pediatria Ragusa

Dr. Carmelo Vitali Direttore U.O.C. Pediatria Modica

Dr. Fabrizio Còmissi Direttore U.O.C. Pediatria Ospedale Vittoria

Dr. Giovanni Noto - Direttore U.O.C. M.C.A.U. "Giovanni Paolo II" Ragusa

Dr. Romualdo Polara - Direttore U.O.C. M.C.A.U. "Maggiore" Modica

Dr. Francesco Floridia – Direttore U.O.C. Radiologia "Giovanni Paolo II" Ragusa

Dr. Guido Romeo - Direttore U.O.C. Radiologia "Maggiore" Modica – Guzzardi Vittoria

Ing. Elena Maria Carmela Ruscica – Servizio Tecnico

Sono assenti:

Dr. Francesco Blangiardi - Direttore Dipartimento di Prevenzione

Dr. Dr. Salvatore Musso Direttore Dipartimento Area Medica

Dr. Giorgio Sallemi – Direttore Dipartimento Chirurgico

Dr. Giuseppe Morando - Direttore Dipartimento Salute Mentale

Dr. Salvatore Castellino - Direttore Dipartimento Oncologico (ad interim)

Dr. Giovanni Garozzo - Direttore Dipartimento dei Servizi
Dott.ssa Rosa Cassisi - Responsabile Ufficio Infermieristico
Dr. Luigi Rabito Direttore U.O.C. Anest. e Rianimazione “Giovanni Paolo II” Ragusa
Dr. Trombadore Rosario - Direttore U.O.C. Anest. e Rianimazione “Maggiore” Modica

Apri i lavori della seduta il Dr. Emanuele Cassarà che, in qualità di Presidente del Comitato, dichiara validamente costituito il Comitato.

Prima di iniziare la discussione sui vari argomenti all’o.d.g., chiede la parola il Dr. Noto che, rappresentando la grave carenza di posti letto determinata dall’elevato flusso di utenti presso l’U.O.C. di M.C.A.U. da lui diretta e facendo presente l’impossibilità di altri reparti ad accogliere i degenti in esubero (come invece previsto dalle disposizioni della Direzione Generale con nota prot. n. 00087 del 14 gennaio 2019 avente per oggetto “*gestione del sovraffollamento negli ospedali aziendali*”), segnala l’elevato rischio al quale vengono quotidianamente sottoposti i pazienti e l’insostenibile esposizione a tensioni e conseguenti gravi responsabilità degli operatori sanitari.

Prende la parola il Direttore Sanitario Aziendale che, già informato di tali gravi problemi, riferisce ai presenti dell’imminente aumento di 14 posti letto nel reparto di Medicina.

Viene quindi preso in esame il secondo punto all’ordine del giorno: “*Procedura per la gestione dei fermi tecnici delle Tac aziendali*” .

Il Dr. Floridia, Direttore della U.O.C. di Radiologia del G.P.II inizia la lettura del documento.

Il Comitato, dopo una attenta analisi, concorda con i redattori presenti le seguenti modifiche:

- a **pag. 4** al paragrafo **f**. “Accesso al servizio” vengono aggiunte le parole “il 118”, (che in questo verbale, per una rapida individuazione, vengono scritte in neretto):
“Normalmente la richiesta di esami TC viene inoltrata in forma cartacea e/o digitale(mail) alla UU.OO. Radiologia del P.O. di appartenenza.
In caso di guasto TC , il Direttore della Radiologia o il Medico Radiologo in turno o il TSRM Coordinatore o suo delegato, informa tempestivamente del guasto il servizio di assistenza tecnica, la Direzione Sanitaria del P.O. di appartenenza , le altre Direzioni sanitarie dei PP.OO. interessati ,nonché **il 118**, il Pronto soccorso del P.O. di appartenenza, e la U.O. Radiologia a cui dovranno essere inviati gli esami TC fino alla riparazione del guasto”.
- dalla **pag. 5** viene interamente eliminata la seguente parte finale:
“Raccomandazioni finali:
-prevedere un contratto di assistenza tecnica adeguato, con tempi di intervento quanto più rapidi possibili e con la possibilità di telediagnosi con la casa madre ,in modo da individuare da remoto il guasto e prevedere, quando necessario ,l’invio dei ricambi in tempo reale, evitando in tal modo l’allungamento dei tempi di fermo macchina.
-aggiornare il parco macchine TC, a partire dalle più vecchie ,come risultante dalle fatture di acquisto.”.

Apportate le modifiche, il Comitato approva all'unanimità la **“Procedura per la gestione dei fermi tecnici delle Tac aziendali”**.

Si inizia quindi la disamina del primo punto all'o.d.g. che prevede la discussione della “Procedura Aziendale per la gestione in urgenza delle convulsioni in età pediatrica”. Prende la parola il Dr. Comisi, Direttore dell'U.O.C. di Pediatria dell'Ospedale di Vittoria, che procede con la lettura del documento da modificare.

- A **pag. 1**, viene modificato il titolo aggiungendo: **“in Pronto Soccorso”**.
- A **pag. 9** (corrispondente alla pag. 8 della procedura originale) la seguente frase:
 - EPISODIO CRITICO – approccio in PS
viene integrata come segue
 - EPISODIO CRITICO – approccio in PS (Flow Chart allegato 1)
- A **pag. 9** (corrispondente alla pag. 8 della procedura originale)
I seguenti punti:
 4. In caso di episodio di lunga durata non responsivo a due dosi congrue di benzodiazepine l'infermiere di PS reperisce un accesso venoso, se non già presente, per la somministrazione di fluidi e farmaci e per l'esecuzione di eventuali esami ematochimici (elettroliti, glicemia, emocromo e indici di flogosi).
 5. In caso di iperpiressia somministra antipiretico.
 6. In caso di persistenza dell'episodio critico il team di primo soccorso convoca il medico rianimatore in PS e il pediatra per consulenza.
 7. In caso di risoluzione dell'episodio critico il medico, sulla base delle indicazioni “fase post critica”(vedi oltre), invia il paziente in regime di consulenza /OBI presso la UO di pediatria. E' opportuno che il paziente venga condotto presso il reparto di degenza con l'assistenza dell'infermiere di PS. (vedi tabella in allegato 1)

Vengono modificati come segue:

4. In caso di episodio non responsivo a due dosi congrue di benzodiazepine il team di PS:
 - a. reperisce un accesso venoso se non presente
 - b. in caso di iperpiressia somministra antipiretico.
 - c. convoca il medico rianimatore in PS e il pediatra per consulenza.
 5. **In caso di risoluzione dell'episodio critico il medico, sulla base delle indicazioni “fase post critica”(vedi oltre), invia il paziente in regime di OBI presso la UO di pediatria.** E' opportuno che il paziente venga condotto presso il reparto di degenza con l'assistenza dell'infermiere di PS.
 6. In caso di mancata risoluzione dopo la seconda dose di benzodiazepine, il paziente è preso in carico dal pediatra e dal rianimatore che coadiuvati dall'infermiere di PS e dall'infermiere di rianimazione (ove possibile) proseguiranno nell'assistenza.
 7. Solo dopo stabilizzazione il paziente verrà trasferito in OBI pediatrica; ove fosse necessaria assistenza ventilatoria, questa verrà erogata presso la U.O. di Rianimazione, restando a carico dello specialista Pediatra la definizione del successivo percorso diagnostico /terapeutico.
- A **pag. 10** (corrispondente alla pag. 8-9-10 della procedura originale) il seguente paragrafo:

Farmaci di 1° livello

La maggior parte delle convulsioni febbrili termina spontaneamente entro 2-3 minuti e di conseguenza esse non richiedono alcun trattamento.

Se la crisi persiste oltre i due minuti, in attesa di reperire un accesso venoso, si raccomanda di somministrare Diazepam per via rettale alla dose di 0,5 mg/kg (eventualmente ripetibile se la crisi non si risolve dopo 5 minuti se non è ancora stato reperito un accesso venoso). Si ricorda

che il diazepam somministrato per via rettale impiega circa tre minuti a raggiungere una concentrazione cerebrale efficace.

Se la crisi persiste ed è disponibile accesso venoso, può essere effettuato, monitorando i parametri vitali, un bolo di Diazepam o Midazolam. La dose può essere ripetuta se necessario dopo 10 minuti. (vedi tabella in all.2)

Non somministrare in totale più di due dosi di benzodiazepine, tenuto conto di quanto somministrato eventualmente in fase pre-ospedaliera e della congruità delle somministrazioni. Se la crisi persiste, passare alle linee guida dello stato di male con l'intervento dell'anestesista.

Fase post-critica – criteri per la dimissione

Se la crisi va incontro a risoluzione, è opportuna l'osservazione clinica in OB per almeno 24 ore per valutare la presenza di eventuali infezioni acute del SNC. Non sono raccomandati esami di laboratorio, se non per identificare la causa della febbre e chiarire eventuali sospetti diagnostici, né esami strumentali: la necessità di esami verrà stabilita dallo specialista Pediatra in fase di OB.

L'EEG nei soggetti con CF semplici appare essere di limitato valore diagnostico e può essere addirittura fuorviante (può mostrare un diffuso rallentamento che potrebbe essere interpretato erroneamente come segno di sofferenza cerebrale o di infezione del SNC).

Nelle CF complesse sono raccomandate l'esecuzione di esami ematochimici per chiarire l'etiologia della febbre, l'EEG che può essere utile all'inquadramento diagnostico, così come le indagini di neuroimaging. In tutti i pazienti con sospetto di infezione del SNC l'esecuzione della puntura lombare è fortemente raccomandata. Anche in questo caso le indagini necessarie verranno stabilite e richieste dallo specialista Pediatra.

STATO EPILETTICO

Se la crisi non si arresta dopo le prime due dosi di benzodiazepine, parliamo di stato epilettico. In questo caso il paziente viene assistito dal rianimatore con consulenza del pediatra che sostituiscono il medico di PS e disporranno i successivi provvedimenti.

Trattamento

Nello SE definito è indispensabile il reperimento di un accesso venoso, o in alternativa intraosseo, avvisando il Rianimatore ed il Pediatra.

Le opzioni terapeutiche per il II livello sono le seguenti:

- fenitoina,
- fenobarbital,
- piridossina (nei bambini tra 1 e 12 mesi di età)
- midazolam in infusione continua (secondo alcuni protocolli III livello di trattamento)

La scelta del tipo di farmaco da utilizzare è dettata dall'età del paziente, dalla situazione clinica specifica, dalla presenza di eventuali comorbidità e dall'esperienza personale nell'impiego.

Viene modificata e ridotta come segue:

Farmaci di 1° livello in Pronto Soccorso

Se la crisi dura da oltre 2 minuti (compreso il tragitto per giungere al PS) in attesa di reperire un accesso venoso, si raccomanda di somministrare:

Diazepam rettale alla dose di 0,5 mg/kg

Se la crisi persiste:

1. in assenza di accesso venoso: **Diazepam rettale alla dose di 0,5 mg/kg**
2. se è disponibile accesso venoso monitorando i parametri vitali:
 - a. Diazepam 0,3 mg/kg
 - b. Midazolam 0,2 mg/kg

Oppure

Vedi allegato 2.

Non somministrare in totale più di due dosi di benzodiazepine, tenuto conto di quanto somministrato eventualmente in fase pre-ospedaliera e della congruità delle somministrazioni.

- A pag. 10-11-12 (corrispondente sempre alla pag. 10 e 11 della procedura originale) il seguente paragrafo:

Farmaci di 2° livello

La fenitoina è preferita per la scarsa sedazione e il minor rischio di depressione cardiorespiratoria rispetto al fenobarbital, tranne che nel neonato.

Il fenobarbital risulta particolarmente efficace nel caso di SE febbrile in bambini di età inferiore all'anno, è riportato occasionalmente il suo utilizzo intramuscolare in assenza di accesso venoso.

Il midazolam a dosaggi sub anestetici presenta i seguenti vantaggi: rapido inizio d'azione, breve emivita, più bassa incidenza di depressione cardiovascolare. In infusione continua trova indicazione nei bambini che presentano crisi convulsive subentranti che cessano dopo il bolo per poi ripresentarsi al terminare della sua azione.

Nel bambino di età compresa tra 1 e 12 mesi è indicata la somministrazione, al persistere della crisi, di piridossina 100 mg e.v. o piridossalfosfato (nella rara ipotesi di epilessia congenita piridossina dipendente).

Fenitoina sodica e.v.:

- dosaggio consigliato: 15-20 mg/kg e.v. (dose max 1 gr);
- SOMMINISTRARE a velocità non superiore a 1 mg/kg/minuto (in genere in almeno 20 minuti);
- DILUIRE ad almeno una concentrazione di 10 mg/ml con soluzione fisiologica (non somministrare a concentrazione superiore a 10 mg in 1 ml);
- NON DILUIRE in soluzione glucosata perché la soluzione precipita;
- infondere utilizzando un accesso venoso indipendente; preferibilmente in vaso di grosso calibro per ridurre il rischio di flebite (compatibilmente con l'età del bambino);
- MONITORARE la frequenza cardiaca e pressione arteriosa;
- la depressione respiratoria è teoricamente possibile, ma estremamente rara;
- è controindicata in presenza di blocco atrio-ventricolare di II grado o grave ipotensione;

Fenobarbitale e.v.:

- dosaggio consigliato: 15-20 mg/kg e.v. (dose max 1 gr);
- SOMMINISTRARE a velocità non superiore a 1 mg/kg/minuto (in genere in almeno 20 minuti);
- DILUIRE ad almeno una concentrazione di 10 mg/ml con acqua per preparazioni iniettabili (non somministrare a concentrazione superiore a 10 mg in 1 ml);
- MONITORARE la frequenza cardiaca e pressione arteriosa;
- può indurre effetti collaterali quali sedazione, depressione respiratoria; ipotensione;
- nel paziente in respiro spontaneo, deve essere somministrato previa presenza del rianimatore per eventuale supporto avanzato della ventilazione e trattamento dell'eventuale ipotensione arteriosa;

Midazolam e.v.:

- dosaggio consigliato:
 - o bolo di 0,2 mg/Kg; se vi è interruzione clinica e/o elettrica della crisi proseguire con mantenimento di 0.06mg/Kg/h;
 - o dopo 15 minuti se non vi è risposta, somministrare secondo bolo di 0,2 mg/Kg e portare infusione a 0,5 mg/Kg/h;
 - o dopo altri 15 minuti se non vi è risposta aumentare infusione a 1 mg/Kg/h e valutare risposta;
- DILUIRE 10 mg in 100 ml di sol fisiologica (concentrazione finale: 0,1 mg/ml) per i boli, per infusione continua vedi tabelle in allegato 3;
- può determinare depressione respiratoria, se utilizzato in paziente in respiro spontaneo;
- può determinare acidosi metabolica, reversibile alla sospensione, ed ipotensione.

Viene modificata come segue:

Farmaci di 2° livello

Se la crisi non si arresta dopo le prime due dosi di benzodiazepine, parliamo di stato epilettico il paziente viene assistito dal rianimatore con consulenza del pediatra che sostituiscono il medico di PS e disporranno i successivi provvedimenti.

E' indispensabile il reperimento di un accesso venoso, o in alternativa intraosseo.

Le opzioni terapeutiche per il II livello sono le seguenti:

- fenitoina,
- fenobarbital,
- piridossina (nei bambini tra 1 e 12 mesi di età)
- midazolam in infusione continua (secondo alcuni protocolli III livello di trattamento)

La scelta del tipo di farmaco da utilizzare è dettata dall'età del paziente, dalla situazione clinica specifica, dalla presenza di eventuali comorbidità e dall'esperienza personale nell'impiego.

La fenitoina è preferita per la scarsa sedazione e il minor rischio di depressione cardiorespiratoria rispetto al fenobarbital, tranne che nel neonato.

Il fenobarbital risulta particolarmente efficace nel caso di SE febbrile in bambini di età inferiore all'anno, è riportato occasionalmente il suo utilizzo intramuscolare in assenza di accesso venoso.

Il midazolam a dosaggi sub anestetici presenta i seguenti vantaggi: rapido inizio d'azione, breve emivita, più bassa incidenza di depressione cardiovascolare. In infusione continua trova indicazione nei bambini che presentano crisi convulsive subentranti che cessano dopo il bolo per poi ripresentarsi al terminare della sua azione.

Nel bambino di età compresa tra 1 e 12 mesi è indicata la somministrazione, al persistere della crisi, di piridossina 100 mg e.v. o piridossalfosfato (nella rara ipotesi di epilessia congenita piridossino dipendente).

Fenitoina sodica e.v.:

- dosaggio consigliato: 15-20 mg/kg e.v. (dose max 1 gr);
- SOMMINISTRARE a velocità non superiore a 1 mg/kg/minuto (in genere in almeno 20 minuti);
- DILUIRE ad almeno una concentrazione di 10 mg/ml con soluzione fisiologica (non somministrare a concentrazione superiore a 10 mg in 1 ml);
- NON DILUIRE in soluzione glucosata perché la soluzione precipita;
- infondere utilizzando un accesso venoso indipendente; preferibilmente in vaso di grosso calibro per ridurre il rischio di flebite (compatibilmente con l'età del bambino);
- MONITORARE la frequenza cardiaca e pressione arteriosa;
- la depressione respiratoria è teoricamente possibile, ma estremamente rara;
- è controindicata in presenza di blocco atrio-ventricolare di II grado o grave ipotensione;

Fenobarbitale e.v.:

- dosaggio consigliato: 15-20 mg/kg e.v. (dose max 1 gr);
- SOMMINISTRARE a velocità non superiore a 1 mg/kg/minuto (in genere in almeno 20 minuti);
- DILUIRE ad almeno una concentrazione di 10 mg/ml con acqua per preparazioni iniettabili (non somministrare a concentrazione superiore a 10 mg in 1 ml);
- MONITORARE la frequenza cardiaca e pressione arteriosa;
- può indurre effetti collaterali quali sedazione, depressione respiratoria; ipotensione;
- nel paziente in respiro spontaneo, deve essere somministrato previa presenza del rianimatore per eventuale supporto avanzato della ventilazione e trattamento dell'eventuale ipotensione arteriosa;

Midazolam e.v.:

- dosaggio consigliato:
 - o bolo di 0,2 mg/Kg; se vi è interruzione clinica e/o elettrica della crisi proseguire con mantenimento di 0.06mg/Kg/h;

- dopo 15 minuti se non vi è risposta, somministrare secondo bolo di 0,2 mg/Kg e portare infusione a 0,5 mg/Kg/h;
 - dopo altri 15 minuti se non vi è risposta aumentare infusione a 1 mg/Kg/h e valutare risposta;
 - DILUIRE 10 mg in 100 ml di sol fisiologica (concentrazione finale: 0,1 mg/ml) per i boli, per infusione continua vedi tabelle in allegato 3;
 - può determinare depressione respiratoria, se utilizzato in paziente in respiro spontaneo;
 - può determinare acidosi metabolica, reversibile alla sospensione, ed ipotensione.
- A **pag. 13** (corrispondente alla pag. 12 della procedura originale) al seguente paragrafo viene aggiunto ex novo, la successiva parte:

Fase post-critica – criteri per la dimissione

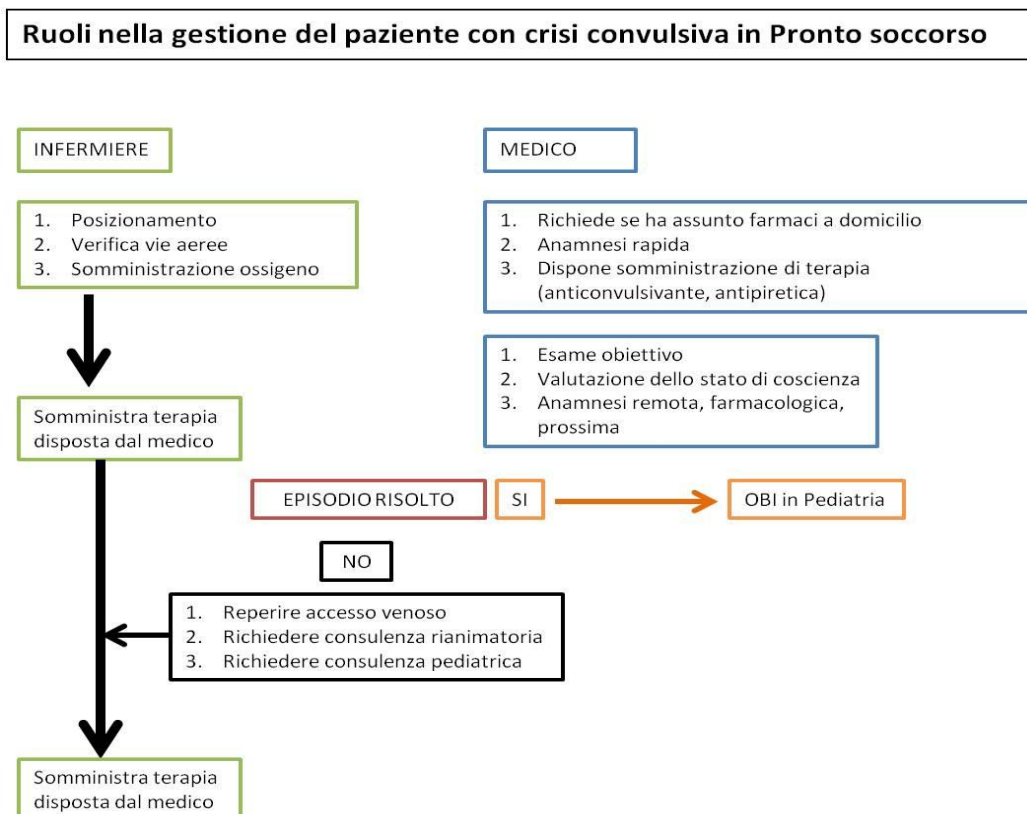
Se la crisi va incontro a risoluzione, è opportuna l'osservazione clinica in OB per almeno 24 ore per valutare la presenza di eventuali infezioni acute del SNC. Non sono raccomandati esami di laboratorio, se non per identificare la causa della febbre e chiarire eventuali sospetti diagnostici, né esami strumentali: la necessità di esami verrà stabilita dallo specialista Pediatra in fase di OB.

L'EEG nei soggetti con CF semplici appare essere di limitato valore diagnostico e può essere addirittura fuorviante (può mostrare un diffuso rallentamento che potrebbe essere interpretato erroneamente come segno di sofferenza cerebrale o di infezione del SNC).

Nelle CF complesse sono raccomandate l'esecuzione di esami ematochimici per chiarire l'etiologia della febbre, l'EEG che può essere utile all'inquadramento diagnostico, così come le indagini di neuroimaging. In tutti i pazienti con sospetto di infezione del SNC l'esecuzione della puntura lombare è fortemente raccomandata. Anche in questo caso le indagini necessarie verranno stabilite e richieste dallo specialista Pediatra.

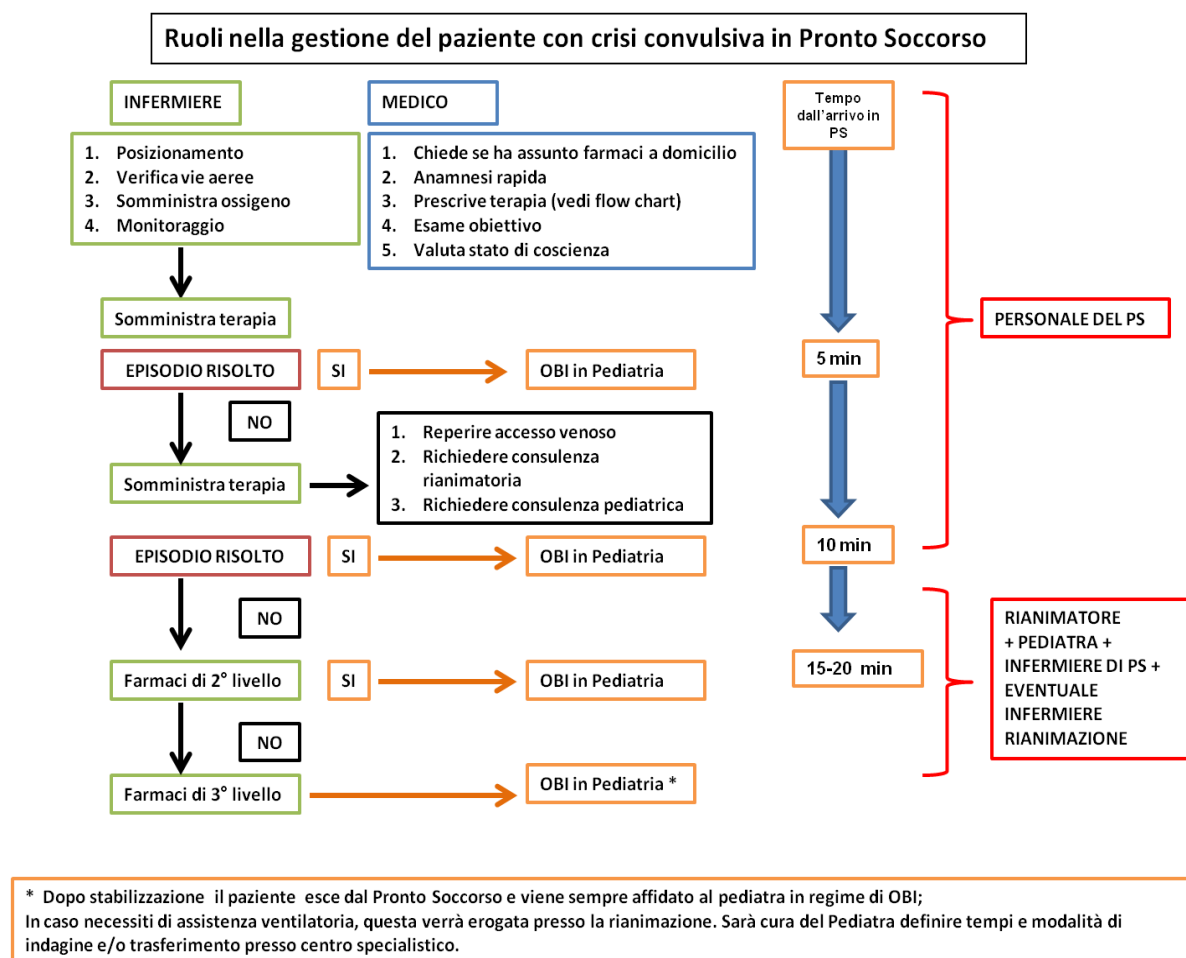
- A **pag. 16** (corrispondente alla pag. 12 della procedura originale) l'allegato 1:

ALLEGATO 1



Viene modificato integrandolo come segue:

ALLEGATO 1



Dopo ampia ed approfondita discussione il Comitato, accoglie le modifiche proposte, approva all'unanimità la revisione del documento: **“Procedura Aziendale per la gestione in urgenza delle convulsioni in età pediatrica in Pronto Soccorso”**.

Vista l'ora tarda il Comitato stabilisce di rinviare la discussione della “Procedura per la gestione della analgosedazione in età pediatrica” alla prossimo incontro.

Alle ore 14.00 la seduta viene aggiornata a data da destinarsi.

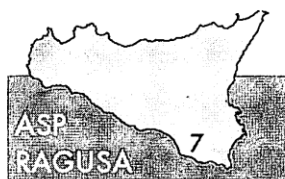
Letto e approvato.

Dr. Emanuele Cassarà Direttore Amministrativo Aziendale
Dott.ssa Stefania Zingali (delegata dal Dir. Medico di Pres. Osped. G.P.II-OMPA)
Dr. Pietro Bonomo - Dir. Medico di Pres. Osped. Modica-Scicli
Dr. Giuseppe Algieri (delegata dal Dir. Medico di Pres. Osped. “Guzzardi” Vittoria
Dr. Salvatore Pianeta - Direttore S.C. Medicina Legale e Fiscale

Ing. Gaetano Cilia - Direttore S.C. Facility Management
Dott.ssa Maria Sigona - Direttore S.C. Risorse Umane
Dr. Biagio Aprile - Responsabile Ufficio Qualità
Dr. Giuseppe Smecca - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
Dr. Giovanni Ruta – Responsabile U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accr.
Dr. Carmelo Scarso-Direttore Dipart. Emergenza Urgenza-Direttore U.O.C.M.C.A.U. Vittoria
Dr. Sebastiano Tiralongo- Direttore U.O.C. Anest. e Rianimazione “Guzzardi” Vittoria
Dr. Rosario Salvo- Direttore U.O.C. Pediatria Ragusa
Dr. Carmelo Vitali Direttore U.O.C. Pediatria Modica
Dr. Fabrizio Comisi Direttore U.O.C. Pediatria Ospedale Vittoria
Dr. Giovanni Noto - Direttore U.O.C. M.C.A.U. “Giovanni Paolo II” Ragusa
Dr. Romualdo Polara - Direttore U.O.C. M.C.A.U. “Maggiore” Modica
Dr. Francesco Floridia – Direttore U.O.C. Radiologia “Giovanni Paolo II” Ragusa
Dr. Guido Romeo - Direttore U.O.C. Radiologia “Maggiore” Modica – Guzzardi Vittoria
Ing. Elena Maria Carmela Ruscica – Servizio Tecnico
Segretario verbalizzante: Sig.ra Patrizia Galletti

In allegato:

- Firme dei presenti
- Procedura Aziendale per la gestione in urgenza delle convulsioni in età pediatrica;
- Procedura per la gestione dei fermi tecnici delle Tac aziendali;



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Risk Management
Piazza Igea, 1
97100 RAGUSA

Telefono
0932.234348
0932.234366

EMAIL:
giovanni.ruta@asp.rg.it
rischioclinico@asp.rg.

COMPONENTI DEL COMITATO PER IL RISCHIO CLINICO
SEDUTA DEL 29 GENNAIO 2018

1. Presidente Comitato Rischio Clinico
2. Dir. Medico di Pres. Osped. Civile-OMPA
3. Dir. Medico di Pres. Osped. Modica-Scicli
4. Dir. Med. di Pres. Osped. Vittoria-Comiso
5. Direttore Dipartimento di Prevenzione
Direttore Dipartimento Veterinario
6. Direttore Dipartimento Area Medica
7. Direttore Dipartimento Chirurgico
Direttore Dipartim. Materno Infantile (ad interim)
8. Direttore Dipartimento Emergenza ed Urgenza
9. Direttore Dipartimento Salute Mentale
10. Direttore Dipartimento Oncologico (ad interim)
Direttore Dipartimento Cure Primarie
11. Direttore Dipartimento dei Servizi
12. Direttore S.C. Medicina Legale e Fiscale
13. Direttore S.C. Facility Management
Direttore Farmacie Ospedaliere
14. Direttore S.C. Risorse Umane
15. Responsabile U.O. Accreditamento
16. Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
17. Responsabile Ufficio Infermieristico
18. Responsabile U.O. Rischio Clinico Qualità
Direttore U.O.C. Rianimazione "Civile" Rg
Direttore U.O.C. Rianimazione "Maggiore" Modica
Direttore U.O.C. Rianimazione "Guzzardi" Vittoria
Direttore U.O.C. Pediatria "OMPA" Ragusa
Direttore U.O.C. Pediatria "Maggiore" Modica
Direttore U.O.C. Pediatria "Guzzardi" Vittoria
Direttore U.O.C. M.C.A.U. "Civile" Ragusa
Direttore U.O.C. M.C.A.U. "Maggiore" Modica
Direttore U.O.C. M.C.A.U. "Guzzardi" Vittoria
Direttore U.O.C. Radiologia "Civile" Ragusa
Direttore U.O.C. Radiologia "Maggiore" Modica
Responsabile Ingegneria Clinica
Segretario Verbalizzante

[Handwritten signatures and initials corresponding to the list of committee members]