

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23
giugno 2014, n. 1310

**Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente.
Adozione procedure "Incident Reporting".**

L'Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile A.P, dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica riferisce:

La qualità dell'assistenza ed il miglioramento della sicurezza del paziente sono obiettivi raggiungibili anche mediante interventi di analisi delle modalità operative, di facilitazione della comunicazione interna e di interazione tra i processi e le tecnologie sanitarie.

La gestione del rischio è uno degli interventi del governo clinico per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso l'analisi ed il monitoraggio delle pratiche di lavoro connesse all'assistenza sanitaria, la valutazione sistematica dei risultati del sistema e lo studio degli eventi avversi per individuare i punti deboli dell'organizzazione del lavoro.

La Conferenza Stato - Regioni, in data 20 marzo 2008, ha approvato l'Accordo concernente la

gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e delle cure (Rep. Atti n. 116/CSR) ed ha stabilito al punto 1 a) che le Regioni e le Province Autonome definiscano soluzioni organizzative finalizzate alla riduzione del margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche.

Con Deliberazione n. 1575 del 12 luglio 2011 la Regione Puglia ha costituito il "Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente" ed ha stabilito, oltre ai compiti del suddetto Coordinamento, che le Aziende Sanitarie organizzino la gestione del rischio clinico, in caso di eventi avversi di particolare rilevanza (eventi sentinella), assicurando una attuazione corretta e in tempi congruenti alla gravità della situazione delle azioni previste dalla procedura stabilita dal Coordinamento.

Con determine dirigenziali n. 2 dell'11/01/2013 e n. 76 del 31/06/2013 sono state adottate ed implementate su tutto il territorio regionale i seguenti documenti:

- Foglio Unico di Terapia;
- Checklist Perioperatoria

Il Foglio Unico di Terapia ha lo scopo di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n. 7 del Marzo 2008 che alla pagina 13 della stessa, nell'ambito delle Azioni da intraprendere, ha previsto di "adottare la scheda unica di terapia e introdurre progressivamente sistemi computerizzati di prescrizione".

La Checklist perioperatoria, ha, invece, l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza delle procedure chirurgiche come indicato nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria" emanata dal Ministero della Salute nell'ottobre 2009.

Con nota, agli atti di questo Servizio con prot. n. AOO_151 -4761 del 9/05/2014, il Responsabile del Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente ha trasmesso la scheda di segnalazione per la implementazione su tutto il territorio regionale delle procedure per l' "Incident reporting". Si propone, pertanto, l'adozione della suddetta scheda di rilevazione, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, composto da n. 1 (uno) foglio, quale strumento di primaria importanza nell'ottica

della sicurezza del paziente e che è già dimostrato essere di certa efficacia nell'aumentare la qualità clinica, organizzativa e gestionale, al fine di consentire l'adozione delle citate procedure in tutte le aziende, enti e strutture private accreditate del Servizio Sanitario Nazionale.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L. R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L. R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate:

1. di prendere atto del documento concernente le procedure per l'incident reporting "Scheda di rilevazione" di cui all'Allegato A, composto da n.1 pagina, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, elaborato dal Coordinamento regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1575/2011;
2. di stabilire che le Aziende, gli Enti e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale (SSR) diano immediata e puntuale applicazione a quanto previsto nell'Allegato A e trasmettano al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica la comunicazione relativa all'adozione degli adempimenti conseguenti;
3. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati, all'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio APS nonché di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti; di trasmettere il presente provvedimento al Tavolo di verifica adempimenti LEA del Ministero della Salute;
4. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

SCHEDA DI SEGNALAZIONE:						
1. () EVENTI AVVERSI					E1	COORDINAMENTO REGIONALE GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE
1. () PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA CHE NON HA CAUSATO DANNO					E2	
1. () PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA INTERROTTA PRIMA DEL VERIFICARSI DEL DANNO					E3	
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA, ALL'UNITA' OPERATIVA, ALL'OPERATORE CHE COMPILA	STRUTTURA				COD.	
	UNITA' OPERATIVA				COD.	
DATI RELATIVI ALL'OPERATORE	() MEDICO MED	() FARMACISTA FAR				
	() COORD COD	() TECNICO TEC				
	() INFERMIERE INF	() AUSILIARIO AUS				
	() ALTRO ALT					
DATI PAZIENTE	NOME E COGNOME:					
	RESIDENZA:				DATA E LUOGO DI NASCITA	ETA'
	NUMERO DI CARTELLA		N. STANZA:		SESSO:	
	DIAGNOSI:					DATA DI RICOVERO:
CIRCOSTANZE EVENTO	LUOGO IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO:					
	() AMBULATORIO		L /AMB	() SPAZI COMUNI	L/SPC	
	() DEGENZA		L/DEG	() TRASPORTO	L/TRA	
	() MEDICHERIA		L/MED	() STA ACCOGLIENZA	L/SA	
	() PRONTO SOCCORSO		L/PS	() ALTRO	L/ALT	
() SALA OPERATORIA		L/SO				
DATA EVENTO	ORA DELL'EVENTO		() FESTIVO	() FERIALE	() M () P () N	
REGIME DI PRESTAZIONE		() RICOVERO ORDINARIO RO () RICOVERO URGENTE RU				
		() DAY HOSPITAL DH () ACCOGLIENZA ACC				
		() AMBULATORIALE AMB () RSA				
		() DOMICILIARE DOM () LIBERA PROFESSIONE LP				
TIPO DI PRESTAZIONI		() INTERVENTO CHIRURGICO IC () DIAGNOSTICA DI LABORATORIO COD. DL				
		() PROCEDURA INVASIVA COD PI () DIAGNOSTICA STRUMENTALE COD. DS				
		() DIAGNOSTICA IMMAGINI COD. DI () PRESTAZ. DOMICILI. RIABILITATIVA COD. PRD				
		() ACCOGLIENZA				
TIPO DI EVENTO	() RITARDO PROCEDURA DIAGNOSTICA COD. RPD	() MANCATA PROCEDURA DIAGNOSTICA COD. MPD	() INESATTEZZA PAZIENTE/LATO COD. IPL			
	() RITARDO PROCEDURA CHIRURGICA COD. RPC	() MANCATA PROCEDURA CHIRURGICA COD. MPC	() INESATTEZZA PROCEDURA CHIRURGICA COD. IPC			
	() RITARDO PROCEDURA TERAPEUTICA COD. RPT	() MANCATA PROCEDURA TERAPEUTICA COD. MPT	() INESATTEZZA PROCEDURA TERAPEUTICA COD. IPT			
	() RITARDO SOMMINISTRA/FARMACO COD. RSP	() MANCATA SOMMINISTRAZIONE FARMACO COD. MPC	() INESATTEZZA SOMMINISTRAZIONE FARMACO COD. ISF			
	() RITARDO SOMMINISTRA/FARMACO COD. RSP	() MANCATA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE COD. MPA	() NON APPROPRIATA PROCEDURA DIAGNOSTICA COD. NAPPD			
	() RITARDO PRESTAZIONE ASSISTENZIALE COD. RPA	INFEZIONI LEGATE ALL'ASSISTENZA COD. ICA	() NON APPROPRIATA PRESTAZIONE CHIRURGICA COD. NAPP			
	() RITARDO PRESTAZIONE ASSISTENZIALE COD. RPA		() NON APPROPRIATA PROCEDURA TERAPIA COD. NAPT			
	() RITARDO PRESTAZIONE RIABILITATIVA COD. RPR		() NON APPROPRIATA PRESTAZIONE RIABILITATIVA COD. NAPR			
	() CADUTA COD. CAD					
	BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:					
	CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI:					
CONDIZIONE DEL PAZIENTE	() CONDIZIONI GENERALI PRECARE, GRAVITA' DELLE INFERMITA'					
	() PATOLOGIE ACUTE:		() PRECEDENTI CADUTE:			
	() DEFICIT COGNITIVO	() DEFICIT VISTA:		() INCONTINENZA		
	() INSTABILITA' DELLA MARCIA		() UTILIZZO FARMACI			
	() DISTURBI DELLA COSCIENZA E/O ORIENTAMENTO		() CONTENZIONE			
FATTORI ORGANIZZATIVI O STRUTTURALI	() CONDIZIONI AMBIENTALI/MICROCLIMA-LUCE SPAZI FISICI					
	() BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI		() DIFETTI IMPIANTI			
	() DIFETTI DELLA COMUNICAZIONE		() TRASPORTI			
	() CARICHI DI LAVORO		() CARENZE STRUTTURALI			
OPERATORE	() DIFETTOSA ATTREZZATURA ELETTROMEDICALE E DOMICILIARE					
	() INSUF. FORMAZIONE/ESPERIENZA CP/FE		() FATICA CP/FE			
	() DISTRAZIONE OPD		() ALTRO ALT			
GRADUAZIONE EVENTO	() NESSUN DANNO GE/N		() LIEVE GE/LV	() MEDIO GE/MD		
	() GRAVE GE/GR		() MORTE GE/MT			
NOTE:						