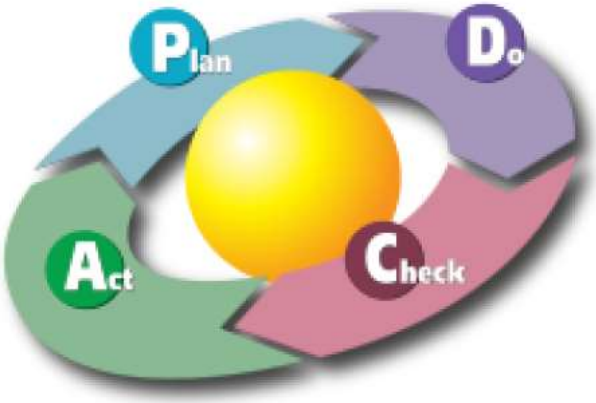


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA ASL BR PER L'ANNO 2021

Indice generale

1. PREMESSA....4
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ....6
3. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI....6
3.1. LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE....8
3.1.1. DATI DI CONTESTO....9
3.2. MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI....10
3.3. MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI E DEL CONTENZIOSO....12
3.3.1. METODOLOGIA....13
3.3.2. ATTIVITÀ MESSE IN ATTO....13
3.4. IMPLEMENTAZIONE DI RACCOMANDAZIONI, PDTA, PROCEDURE, PROTOCOLLI....14
3.4.1. IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE 14
3.4.2. IMPLEMENTAZIONE DI PDTA AZIENDALI....16
3.4.3. IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE/PROTOCOLLI AZIENDALI....16
3.5. SAFETY WALKROUND....17
3.6. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE....19
3.6.1. Formazione/Comunicazione/Informazione interna....19
3.6.2. Formazione/Comunicazione/Informazione esterna....19
4. OBIETTIVI DEL PIANO 2021....20
OBIETTIVO 1: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA....20
OBIETTIVO 2: PROCEDURE E PDTA AZIENDALI....20
OBIETTIVO 3: MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE DI RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI/PROCEDURE/PDTA....20
Allegato 1 - LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE....22
Allegato 2 - PDTA AZIENDALI DELIBERATI....25
Allegato 3 – ALTRE PROCEDURE/PROTOCOLLI/NOTE AZIENDALI....26
1. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA....26
2. SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE....26
3. EMERGENZA DA COVID-19....27
4. MISCELLANEA....28

1. PREMESSA

In Italia il tema della gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure ha da sempre accompagnato lo sviluppo normativo del SSN, almeno a partire dal DLgs 502/92. Tuttavia un maggiore impulso sul tema ha iniziato a diventare evidente a partire dal 2003, in seguito ad una sempre maggiore sensibilità ed attenzione da parte del Legislatore, evidente anche in alcune disposizioni normative, tra cui – più di recente - la Legge Finanziaria 2016 (Legge n. 208/2015) che al suo art. 539 prevedeva l'attivazione, presso ogni struttura sanitaria, di una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui andava a disciplinarne le principali funzioni.

Dello stesso anno è poi il DM 70/2015 relativo agli "Standard Qualitativi e di Sicurezza delle Strutture Ospedaliere" che stabiliva al punto 1.1 che "Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona".

Nel tempo, la materia della Qualità e Sicurezza delle Cure, unitamente a quello dell'Accreditamento Istituzionale hanno trovato poi specifica e tecnica definizione in n. 2 Intese Stato Regioni: la n. 259/CSR del 20.12.12 riguardante la "Disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento" e la n. 32/CSR del 19.02.15. Quest'ultima ha definito le modalità tecniche relative agli adempimenti delle strutture sanitarie in tema di accreditamento ed ha individuato 8 criteri, ciascuno declinato in un certo numero di evidenze e requisiti. Tra questi, il 6^ criterio denominato Appropriatezza Clinica e Sicurezza, prevede un approccio sistemico al miglioramento della qualità e della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, in un'ottica integrata e globale della gestione del rischio, comprendente non solo il Rischio Clinico ma anche il Rischio Occupazionale e quello Non Clinico.

Tutto questo ha comportato, a livello regionale, l'emanazione della LR n. 9/2017 sulla "nuova disciplina in materia di accreditamento istituzionale" e del Regolamento Regionale n. 16/2019 in materia di "Approvazione dei manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie". Questi ultimi ricalcano di fatto il sistema dei criteri, requisiti e evidenze della CSR del 2015, la cui progressiva implementazione risulta articolata secondo le 4 fasi del Ciclo di Deming (Plan – Do – Check – Act).

In particolare nell'ambito del Criterio 6 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA è possibile identificare relativamente alla fase di Plan, un:

1. **Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche,** a sua volta declinato nei seguenti punti:
   - 6.1.1.Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello - Medicina basata sulle evidenze)

- 6.1.2. Le strutture recepiscono e adattano alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale e internazionale per le patologie di cui si fanno carico

2. **Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi**, a sua volta declinato nei seguenti punti:
   - 6.2.1.Formalizzazione e diffusione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che definisca ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. In particolare sono previsti piani per la messa in sicurezza dei processi relativi a:
     a. prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza,
     b. procedure invasive,
     c. uso di sangue ed emoderivati,
     d. somministrazione dell'anestesia e della sedazione,
     e. corretta identificazione del paziente (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e del sito chirurgico
     f. gestione dei risultati critici di laboratorio
     g. somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)

   - 6.2.2 Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica sanificazione, disinfezione e sterilizzazione (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)

   - 6.2.3 Definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)

   - 6.2.4 Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)

   - 6.2.5 Formalizzazione e diffusione di protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)

3. **Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi,** a sua volta declinato nei seguenti punti:
   - 6.3.1. Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi

- 6.3.2. Presenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi

4. **Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze**, a sua volta declinato nei seguenti punti:
   - 6.4.1. Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività

   - 6.4.2. Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali

   - 6.4.3. Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Garantire la sicurezza delle cure vuol dire garantire appropriatezza, qualità dell'assistenza, gestione e riduzione del contenzioso, degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella nell'ottica globale del governo clinico dei processi assistenziali.
La realizzazione di questi obiettivi passa attraverso un approccio sistemico di gestione del rischio a livello aziendale, per cui necessita di un piano organizzativo ed attuativo in grado di integrare le diverse professionalità coinvolte, garantendo un approccio multidimensionale alla complessità del sistema.
Il riferimento strategico per la realizzazione di questo tipo di approccio trova la sua codifica normativa nel Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, adottato con atto deliberativo dal Direttore Generale, previa decisione del Collegio di Direzione su proposta formulata alla Direzione Sanitaria Aziendale dall'UOSD Gestione del Rischio Clinico. A tale struttura è affidato il compito di proporre la pianificazione del programma aziendale di Rischio Clinico, supportando dunque la Direzione Sanitaria aziendale nella realizzazione delle attività connesse ai progetti di gestione del rischio clinico.
Le attività relative al Piano Aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo e nelle diverse Aree Aziendali, Presidi Ospedalieri declinati nelle diverse UUOO, Dipartimenti, Strutture Sovradistrettuali e Distretti Socio- Sanitari, le principali sedi operative e di gestione.
A tale rete principale di attori del processo di gestione della sicurezza è poi affidato il compito di coinvolgere e "trasmettere" competenze e metodologie ai vari sottoinsiemi aziendali, secondo un sistema di coinvolgimento a cascata di tutti gli operatori operanti presso la ASL BR.

3. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni complesse proattive messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili. Altra attività è quella relativa alla gestione reattiva dei sinistri da ipotesi di

responsabilità professionale che consente anche l'individuazione di elementi in grado di fornire indicazioni per il miglioramento del sistema asistenziale.

L'approccio al rischio è di tipo sistemico e deve quindi basarsi su diverse componenti come la formazione degli operatori, la comunicazione dell'analisi delle criticità organizzative che hanno reso possibile l'errore, la proposta di iniziative che possano ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta. Tutto ciò presuppone l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, il loro trattamento, il monitoraggio nel tempo e la creazione di soluzioni organizzative ad essi orientate.

La U.O. di Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi è stata istituita con Delibera n. 81 del 22/01/2007. L'attuale modello organizzativo è descritto nella delibera n.1142 del 19/06/2014 che pone la sua funzione nello staff della Direzione Strategica, provvedendo ad adempiere a quanto richiesto nell'ambito più generale del governo clinico.

Gli ambiti di intervento nell'ambito della funzione di gestione del rischio clinico sono quindi principalmente due: proattivo e reattivo.

L'ambito **proattivo** ha lo scopo di prevenire gli eventi avversi e comprende le seguenti azioni:

- diffusione delle raccomandazioni ministeriali relative alla sicurezza delle cure e monitoraggio del loro livello di applicazione per il tramite delle strutture aziendali (Direzioni Mediche di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, etc);
- sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali riguardanti la sicurezza del paziente e monitoraggio del loro livello di applicazione per il tramite delle strutture aziendali (Direzioni Mediche di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, etc);
- attuazione di programmi di qualità applicata alla sicurezza clinica (qualità della documentazione sanitaria, tracciatura dei processi);
- alimentazione dei flussi informativi istituzionali (SIMES) ed attività relativa alla gestione degli eventi sentinella;
- analisi dei reclami e dei contenziosi per l'individuazione delle aree a maggior rischio;
- analisi degli eventi sentinella, near miss e degli eventi avversi, finalizzata al miglioramento continuo secondo la logica dell'imparare dall'errore;
- collaborazione con altre strutture/comitati aziendali coinvolte nella sicurezza del paziente (Ingegneria clinica, Ufficio tecnico, Comitato Infezioni Ospedaliere, Comitato buon uso del sangue, Servizio di prevenzione e protezione aziendale, Dipartimento di prevenzione, farmacie ospedaliere);
- richiesta di attività formativa sui temi della sicurezza clinica da inserire nel piano aziendale della formazione;
- promozione della cultura della sicurezza delle cure e attività di consulenza in materia per tutte le articolazioni aziendali;
- partecipazione alle riunioni del coordinamento regionale del rischio clinico;

- Safety Walk Round (tecnica di Risk Assessment che consente di valutare le eventuali vulnerabilità e criticità organizzativo-gestionali e adottare le misure preventive e correttive, ai fini della patient safety) nell'ambito delle strutture sanitarie della ASL.

L'ambito **reattivo** si occupa invece degli aspetti relativi al contenzioso medico-legale e comprende le seguenti attività:

- istruttoria sanitaria a seguito di richieste di risarcimento, istanze conciliative, contenzioso giudiziario (civile e costituzione civile in procedimenti penali);
- collaborazione con la Struttura Burocratico Legale della ASL;
- collaborazione con il broker aziendale e con l'assicuratore (nei casi di copertura assicurativa);
- nei casi di sinistri in autoritenzione, gestione medico-legale diretta del contenzioso con visita medico-legale e richiesta dei pareri specialistici;
- attività nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
- consulenze medico-legali ad uso del CVS;
- partecipazione come CTP a consulenze tecniche d'ufficio in materia medico-legale nell'interesse dell'amministrazione;
- richiesta di attività formativa sugli aspetti medico-legali del contenzioso da inserire nel piano aziendale della formazione.

E' di tutta evidenza come la complessità ed il numero delle funzioni possa essere esercitata solo attraverso una rete della sicurezza clinica in cui l'UOSD di Gestione del rischio clinico ha funzioni di programmazione e coordinamento ed in cui le Direzioni Mediche di Presidio, di Dipartimento, di Strutture Sovradistrettuali, insieme ai direttori delle UUOO, sono attori fondamentali e responsabili della sicurezza clinica.
La sostenibilità del sistema, inteso come scambio certo ed agevole delle informazioni, può quindi essere esercitata esclusivamente con l'individuazione presso ogni articolazione aziendale di un referente del rischio clinico, così come peraltro previsto per ogni Direzione Medica di Presidio, "della cui professionalità il responsabile della unità operativa di gestione del rischio clinico possa avvalersi per il raggiungimento degli obbiettivi e che sia l'interfaccia di riferimento tra unità operativa centrale ed ospedale per la implementazione delle attività inerenti la sicurezza delle cure" (delibera n.1142 del 19/06/2014).

3.1. LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

Dal 01 gennaio 2017 la ASL Brindisi, per decisione della Direzione Strategica Aziendale, ha optato per una copertura per responsabilità civile in autoritenzione così come previsto dall'art. 10 della Legge 24/2017, gestendo in proprio tutto il contenzioso giudiziale e stragiudiziale, anche attraverso l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
Il CVS dell'ASL di Brindisi è un organo collegiale composto da membri qualificati afferenti a diverse aree professionali:

a) Direzione Sanitaria;

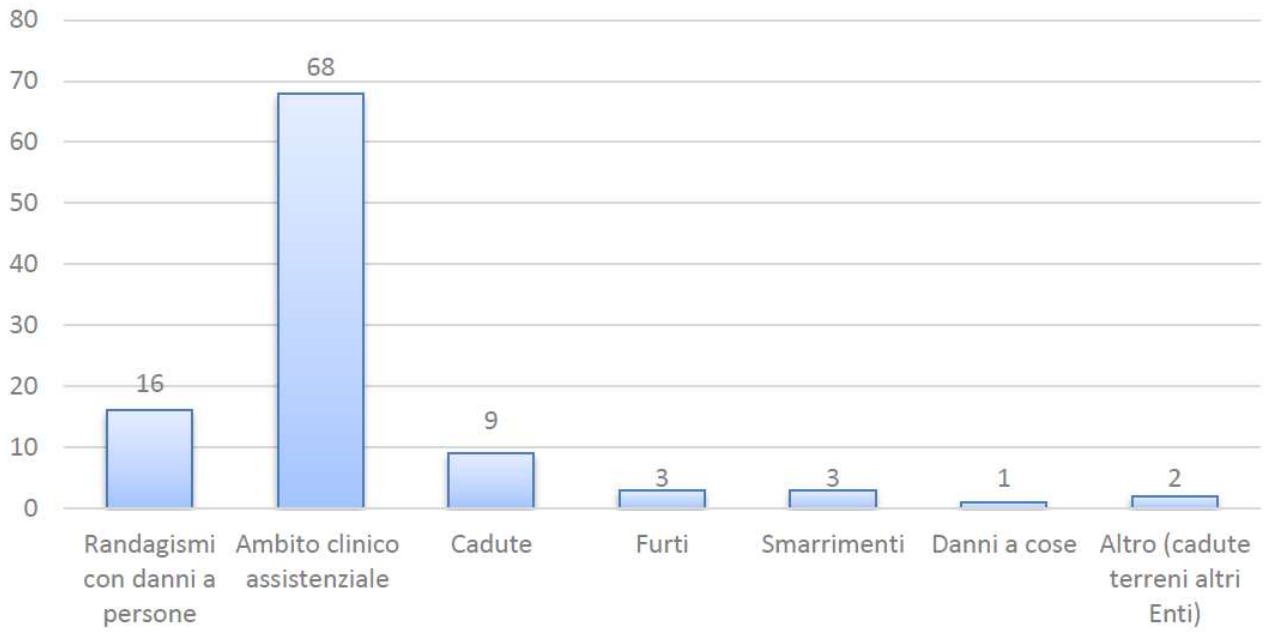
b) Struttura Burocratico Legale;
c) UOSD Gestione Rischio Clinico.

Per i sinistri antecedenti al 01.01.2017 per i quali vi è una copertura assicurativa del tipo SIR, è inoltre prevista la gestione diretta o la partecipazione della ASL Brindisi.

3.1.1. DATI DI CONTESTO

Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Gestione Rischio Clinico nel corso del 2020 e pertanto in totale regime di autoritenzione, già oggetto della Relazione Annuale Eventi Avversi prevista dall'art. 2 c. 5 della legge n. 24/2017, reperibile sul sito istituzionale al seguente link: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico.
Si tratta di dati rinvenienti sia dal flusso informativo obbligatorio SIMES che dal monitoraggio dei sinistri non confluenti in SIMES (ad es. randagismi con lesioni).

N. sinistri pervenuti alla UOSD rischio clinico nel 2020, per causa risarcimento



Escludendo i sinistri per randagismo con danni alle persone (n. 16 richieste) e le cadute su terreni in comodato d'uso ad altri Enti (n. 2 richieste), dei restanti 84 casi, l'81% ha riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinica o assistenziale (n. 68 richieste), l'11% ha riguardato cadute di pazienti o visitatori (n. 9 richieste), il 3.5% presunti furti (n. 3 richieste), il 3.5% smarrimenti di effetti personali o ausili (n. 3 richieste), l'1% danneggiamento a cose (n. 1 richiesta).

N. sinistri pervenuti alla UOSD Gestione Rischio Clinico nel 2020, per macroarea
(*sono esclusi i sinistri per randagismo e le cadute su terreni in gestione ad altri Enti).

Tipologia di evento/macroarea	N	%
Area chirurgica	29	35
Area infezione correlata all'assistenza	15	18
Area diagnostica	14	16.5
Caduta	9	11
Altro	5	6
Area terapeutica	3	3.5
Furto effetti personali, ausili	3	3.5
Smarrimento effetti personali, ausili	3	3.5
Danneggiamento a cose	1	1
Area della prevenzione	1	1
Area anestesiologica	1	1
Totale	**84**	**100**

Distinguendo le suddette 84 richieste risarcimento per tipologia di macroarea interessata, si rileva che, nel 2020, la maggiore frequenza ha riguardato prestazioni dell'area chirurgica (35%), seguite dalle presunte ICA (18%), da contestazioni relative alla correttezza o tempestività della diagnosi (16.5%) e dalle cadute in ambito sanitario (11%).

N. sinistri pervenuti alla UOSD rischio clinico nel 2020, per specialità
(*sono esclusi i sinistri per randagismo e le cadute su terreni in gestione ad altri Enti).

SPECIALITA'	N	%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	25
NEUROCHIRURGIA	8	12
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7	10
CHIRURGIA GENERALE	6	9
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	9
CARDIOLOGIA - UTIC	5	7
PRONTO SOCCORSO	4	6
TRASFUSIONALE	3	4
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3
RADIOLOGIA	2	3
MEDICINA INTERNA	1	1.5
ONCOLOGIA	1	1.5
CGU/CHIRURGIA PLASTICA	1	1.5
NEFROLOGIA	1	1.5
EMATOLOGIA	1	1.5
OCULISTICA	1	1.5
PNEUMOLOGIA	1	1.5
TERAPIA INT. NEONATALE	1	1.5
TOTALE	**68**	**100%**

Dalla tabella sopra riportata, si evince che le branche maggiormente interessate da richieste di risarcimento sono state l'Ortopedia-Traumatologia (25%), la Neurochirurgia (12%) e l'Ostetricia-Ginecologia (10%).

Inoltre dal monitoraggio delle attività del CVS, rinviene che nel corso del 2020 sono state trattate n. 25 pratiche di cui n. 4 sono state accolte con parere favorevole alla

transazione, n. 7 sono state rigettate e n. 14 sono state oggetto di rinvio per approfondimenti/trattative.

N. totale di pratiche trattate in CVS nel 2020

N. PRATICHE CVS 2020
25

3.2. MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI

La UOSD Gestione Rischio Clinico effettua inoltre un monitoraggio degli eventi sentinella confluenti nel flusso informativo obbligatorio SIMES, delle segnalazioni spontanee degli eventi avversi/near miss mediante il sistema di *incident reporting* e delle cadute in ambiente assistenziale.

In particolare nel 2020 sono stati segnalati n. 3 eventi sentinella.

N. Eventi sentinella anno 2020 per Tipo ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	Mancata diagnosi	1
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Infortunio sul lavoro	1
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	Trauma Maggiore	1
Totale		**3**

Nell'anno 2020 sono stati anche segnalati ulteriori 5 eventi avversi e 1 near miss.

N. altri eventi avversi/near miss anno 2020 per tipologia

TIPOLOGIA DI EVENTO	N.
CONTATTO CON CHEMIOTERAPICO	1
LESIONE CUTANEA DA RIMOZIONE CEROTTO	1
STRAVASO CHEMIOTERAPICO	2
ERRATA SOMMINISTRAZIONE FARMACO	1
MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVO MEDICO	1
Totale	**6**

Invece il monitoraggio delle segnalazioni delle cadute nell'anno 2020 ha consentito di rilevare un maggior numero di segnalazioni dalla U.O.C. di Medicina Interna (n. 16, pari al 25% del totale), seguita dalla U.O.C. Nefrologia (n. 10, pari al 15% del totale) e dalla UOC Neurologia (n. 5, pari al 9% del totale).

Segnalazioni cadute anno 2020 per Specialità

Specialità	N	%
Medicina interna	16	25
Nefrologia	10	15
Neurologia	5	9
Cardiologia	4	6
Ematologia	4	6
Oncologia	4	6
Chirurgia vascolare	3	5
Geriatria	3	5
Psichiatria	3	5
Medicina COVID	2	3
Chirurgia generale	2	3
Radiologia	2	3
Endocrinologia	2	3
Lungodegenza	2	3
Oculistica	1	1
Malattie inf.	1	1
Pneumologia	1	1
Totale	**65**	**100**

3.3. MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI E DEL CONTENZIOSO

La U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi effettua tra le sue attività il monitoraggio continuo degli eventi avversi, near miss e eventi sentinella segnalati dagli operatori della ASL e, ove opportuno, richiede alle strutture interessate un'analisi approfondita degli stessi o fornisce il proprio supporto nell'indagine necessaria per individuarne le cause, i fattori contribuenti e le azioni da adottare per prevenire l'occorrenza di eventi analoghi.

Inoltre viene eseguita un'analisi delle richieste di risarcimento danni pervenute annualmente nell'ambito del contenzioso medico-legale, per una identificazione ex post di eventuali aree di criticità, potenzialmente a rischio di occorrenza di analoghi eventi avversi.

Detto monitoraggio si concretizza in:

- un sistema di reportistica trimestrale per la Direzione Strategica Aziendale, finalizzato alla valutazione nel breve termine dell'andamento degli eventi avversi;
- una relazione annuale così come prevista dall'art. 2 c. 5 della Legge n. 24/2017, pubblicata sul sito internet aziendale nella sezione istituzionalmente dedicata alla UOSD Gestione del Rischio Clinico.

3.3.1. METODOLOGIA

a) **Modalità di segnalazione degli eventi avversi/cadute**

Nella ASL BR la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata dagli operatori tramite la scheda di incident reporting deliberata dalla Regione Puglia (DGR n. 1310 del 23 giugno 2014 così come modificata dalla DGR n. 2349 del 11 novembre 2014), mentre per la segnalazione delle cadute accidentali dei pazienti viene utilizzata l'apposita scheda adottata con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 232 del 20 febbraio 2015, opportunamente adattata alla realtà istituzionale.

b) **Modalità di segnalazione degli eventi sentinella**

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene invece effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale. Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, quali trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, reintervento chirurgico, disabilità permanente, coma, morte, etc. Riguardo alla segnalazione di un evento sentinella, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda A prevista dal suddetto protocollo, inserendo in questa le informazioni essenziali sull'evento occorso; la scheda viene quindi inviata al Ministero della Salute tramite il sistema informativo SIMES. Dopo aver raccolto ed analizzato tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, nonché aver individuato le soluzioni da adottare per evitare il ripetersi dello stesso, tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il sistema informativo SIMES, entro 45 giorni solari.

c) **Modalità di segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari**

Nella ASL BR la segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari viene effettuata dagli operatori medesimi tramite la scheda di rilevazione dei comportamenti aggressivi allegata alla "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" adottata con delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016.

3.3.2. ATTIVITÀ MESSE IN ATTO

In presenza di una segnalazione di evento avverso, near miss o evento sentinella la U.O.S.D. Risk Management procede a:

1. **Richiesta di relazione sugli eventi avversi**

   La U.O.S.D. Risk Management, per ogni evento avverso nella cui segnalazione risultano carenti le informazioni sulle conseguenze e sugli interventi messi in atto al fine di prevenire lo stesso o il ripetersi di eventi

analoghi, richiede una relazione al reparto o al servizio interessato, stimolando in questo modo l'analisi approfondita del caso.

2. **Supporto all'analisi degli eventi sentinella segnalati**
   La U.O.S.D. Risk Management, per ogni evento sentinella segnalato, fornisce un supporto all'analisi dello stesso e all'individuazione dei fattori che hanno contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con evidenziazione delle criticità migliorabili e definizione di un piano d'azione per ridurre la probabilità di occorrenza di un nuovo evento. Generalmente la metodologia utilizzata per l'analisi dell'evento sentinella è la discussione del caso.

3. **Implementazione delle procedure** per la prevenzione dei principali eventi avversi rilevati nel corso dell'anno o nel corso del monitoraggio trimestrale.

4. **Promozione**, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, di iniziative volte a monitorare e controllare alcuni fenomeni emergenti dai monitoraggi trimestrali ed annuali.

Le suddette attività messe in atto vengono quindi riportate all'interno della Relazione Annuale Eventi Avversi.

3.4. IMPLEMENTAZIONE DI RACCOMANDAZIONI, PDTA, PROCEDURE, PROTOCOLLI

Tra le attività della UOSD Gestione del Rischio Clinico vi è il supporto alla Direzione Strategica Aziendale nell'implementazione di Raccomandazioni Ministeriali, PDTA, Procedure e Protocolli attinenti alla sicurezza delle cure ed alla gestione del rischio clinico, da diffondere capillarmente tra le diverse articolazioni aziendali e da pubblicare periodicamente sul sito istituzionale al seguente link: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico

3.4.1. IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n.19 raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, come di seguito dettagliate:

- n.1 – raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;

- n.2 – raccomandazione per la prevenire la ritenzione di garze, strumenti o

altro materiale all'interno del sito chirurgico;

- n.3 – raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- n.4 – prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
- n.5 – raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO; Aggiornamento del Gennaio 2020;
- n.6 – raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
- n.7 – raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- n.8 – raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
- n.9 – raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
- n.10 – raccomandazione per la prevenzione della osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
- n.11 – morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
- n.12 – raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci look-alike/sound alike;
- n.13 – raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
- n.14 – raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
- n.15 – morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso;
- n.16 – raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 gr non correlata a malattia congenita;
- n.17 – raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica;
- n.18 – raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia

conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;

- n.19 – raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

La ASL BR, per il tramite della UOSD Gestione Rischio Clinico, ha provveduto a **recepire ed implementare**:

- le Raccomandazioni Ministeriali dalla n. 1 alla n. 17 con Delibera n. 1947 del 16/11/2015,
- le Raccomandazioni Ministeriali dalla n. 18 alla n. 19 con delibera n. 2486 del 19/11/2020,
- l'Aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale n. 5 con Delibera n. 1645 del 18/06/2021

trasmesse a tutte le strutture sanitarie aziendali per la relativa diffusione.

Inoltre la ASL BR ha proceduto a redigere specifiche **procedure aziendali** in applicazione delle raccomandazioni ministeriali n. 1 – 4 – 5 – 8 – 9 – 11- 12 – 13 – 15 – 17 ed alcune di esse sono state adottate con atto deliberativo (in particolare la n. 1, la n. 4, la n.8, la n.9, la n. 11, la n.12, la n.13, la n. 15, la n.17) (Allegato 1).

3.4.2. IMPLEMENTAZIONE DI PDTA AZIENDALI

La formulazione di PDTA adattati alla realtà aziendale prevede la formalizzazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali tra gli specialisti coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale, con l'individuazione di uno o più coordinatori del gruppo. I lavori del gruppo multidisciplinare vengono quindi supportati dalla UOSD Gestione del Rischio Clinico, in collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale, fino all'atto deliberativo di approvazione del PDTA ed alla conseguenziale diffusione ed implementazione a livello aziendale.

Il processo di revisione dei PDTA, reso necessario dall'evolvere delle conoscenze scientifiche o da modifiche organizzative aziendali, viene quindi promosso dal gruppo multidisciplinare medesimo seguendo l'analogo processo previsto per la prima stesura dello stesso.

Dal 2016 al 2021 sono stati approvati con atto Deliberativo Aziendale n. 23 PDTA Aziendali (Allegato 2).

3.4.3. IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE/PROTOCOLLI AZIENDALI

Questa ASL BR ha recepito le Determine Dirigenziali e le Delibere di Giunta della

Regione Puglia in tema di:

a- “adozione del foglio unico di terapia” (notifica della determina dirigenziale n. 2 della Regione Puglia dell’11.01.2013 con nota prot. N. 13896 del 21.02.2013);

b- “safety check list perioperatoria” (notifica della determina dirigenziale n.2 della Regione Puglia dell’11.01.2013 con nota prot. N. 13896 del 21.02.2013);

c- “gestione del rischio clinico – raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici del 14.10.2012 – adozione procedure”;

d- “prevenzione e gestione delle cadute del paziente”.

Inoltre a livello aziendale e con la collaborazione di altri Organismi Aziendali con compiti in materia di sicurezza delle cure (C.I.O.) e sicurezza sui luoghi di lavoro (SPPA) vengono verificati, redatti ed implementati protocolli/procedure aziendali. In particolare ad oggi risultano implementati i protocolli/procedure aziendali di cui all’Allegato 3, suddivisi per ambito di applicazione:

1. Infezioni Correlate all’Assistenza
2. Sicurezza e Qualità delle Cure
3. Emergenza da COVID-19
4. Miscellanea.

3.5. SAFETY WALKROUND

Dal 2018 è stata intrapresa nella ASL Brindisi un’azione di monitoraggio ed implementazione delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, anche attraverso l’esecuzione di Safety Walkround.

Il Safety Walkround consiste in un vero e proprio “giro” per i locali e le strutture della ASL BR (UUOO dei Presidi Ospedalieri, Distretti, etc) insieme ad operatori “di accompagnamento”, nel colloquio con il personale su eventuali rischi attuali e/o potenziali, nell’osservazione degli ambienti e della situazione organizzativa durante il turno lavorativo, nonché nella visione di linee guida, protocolli, procedure, PDTA presenti e diffusi al personale e della documentazione sanitaria prodotta.

Gli obiettivi principali dell’utilizzo del Safety Walkaround sono:

- l’identificazione, con la collaborazione del personale della struttura, di situazioni, processi o modalità comportamentali che celano i cosiddetti “*latent failure*”, ossia gli “errori nascosti”;
- l’eventuale individuazione e adozione di misure finalizzate ad aumentare la sicurezza del paziente;
- il monitoraggio e l’implementazione delle suddette misure;
- l’incremento, in un clima di condivisione, della cultura della sicurezza tra gli operatori.

Il giro prevede l'analisi di diversi aspetti correlati alla sicurezza clinica dei pazienti, dall'attività medica ed infermieristica alla gestione dei farmaci, dalla conoscenza da parte degli operatori di procedure o protocolli specifici alla compilazione della cartella clinica/documentazione sanitaria, incluso il corretto utilizzo di strumenti quali il Foglio Unico di Terapia (FUT) e la Check List perioperatoria.

Riguardo alla **situazione operativa del reparto**, vengono evidenziati i punti di forza o le condizioni suscettibili di miglioramento. Si valuta inoltre la presenza in struttura e/o la conoscenza da parte degli operatori sanitari di alcune procedure redatte dalla ASL BR, riguardanti in particolare:

1. la corretta identificazione del paziente
2. i farmaci LASA
3. la riconciliazione farmacologica
4. il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio
5. il sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico
6. il conteggio di garze, strumenti o altro materiale in sala operatoria
7. la prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero
8. la prevenzione degli eventi avversi da utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali attraverso la regolamentazione della formazione continua degli operatori
9. la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale
10. la prevenzione delle cadute dei pazienti
11. la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
12. la gestione degli eventi avversi
13. la gestione degli eventi sentinella

Si richiedere inoltre la presenza in reparto e/o la conoscenza da parte degli operatori sanitari di protocolli/linee guida riguardanti:

1 prevenzione delle infezioni da catetere vascolare

2 prevenzione delle infezioni urinarie da catetere vescicale

3 prevenzione, diagnosi e trattamento della sepsi

4 prevenzione delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO

5 prevenzione, diagnosi e trattamento della trombosi venosa profonda

6 valutazione dello stato nutrizionale del paziente

7 prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione (ulcere da decubito)

8 corretto lavaggio delle mani

Relativamente all'**analisi della documentazione sanitaria**, sono presi in considerazione i seguenti requisiti:

- tracciabilità
- rintracciabilità
- chiarezza
- accuratezza e appropriatezza
- completezza
- congruenza cronologica
- altro (consenso, lettera dimissione, etc)

3.6. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE

3.6.1. Formazione/Comunicazione/Informazione interna

L'attività di informazione e formazione è orientata a temi specifici collegati all'implementazione delle procedure realizzate o temi generali volti alla promozione della cultura del miglioramento della qualità e della prevenzione del rischio clinico.

Tutta la documentazione e la modulistica relativa alla gestione del Rischio Clinico è altresì reperibile sul sito istituzionale al seguente link: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico.

3.6.2. Formazione/Comunicazione/Informazione esterna

Tutta la documentazione e la modulistica relativa alla gestione del Rischio Clinico, comprensiva della Relazione Annuale Eventi Avversi prevista dall'art. 2 c. 5 della legge n. 24/2017, è reperibile sul sito istituzionale al seguente link: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/uffici-di-staff_det/-/journal_content/56/36031/gestione-del-rischio-clinico.

Con nota prot. n. 27102 del 17/03/2021 sono state inoltre diffuse le Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità del Ministero della Salute, Giugno 2011.

4. OBIETTIVI DEL PIANO 2021

In accordo con la Direzione Strategica Aziendale, sono definiti per l'anno 2021 i seguenti obiettivi.

OBIETTIVO 1: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

E' previsto:

- il completamento della "ricognizione degli interventi messi in atto per la prevenzione e controllo della Legionellosi nelle strutture della ASL Brindisi" di cui alla nota prot. N. 111080 del 18.12.2020;
- il completamento del processo di revisione e uniformazione delle procedure di prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi nelle strutture della ASL Brindisi tra il Gruppo Multidisciplinare di cui alla DRG 1333 del 24.07.2018 ed il Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale.

OBIETTIVO 2: PROCEDURE E PDTA AZIENDALI

Sono previste:

A. la revisione del PDTA Anemie, di cui alla Delibera n. 452 del 07/03/2016

B. il completamento della procedura per l'individuazione della persona scelta dalla donna per l'accompagnamento al parto in epoca COVID-19

C. la revisione del Manuale delle Procedure Centro Orientamento Oncologico Brindisi

D. l'adozione del Regolamento per il Funzionamento del CVS Aziendale, redatto con la Struttura Burocratico Legale della ASL

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Punto A – definizione ed adozione con Delibera	Presenza atto deliberativo	Presente
Punto B – definizione ed adozione con Delibera/nota aziendale	Presenza atto deliberativo/nota aziendale	Presente
Punto C – definizione ed adozione con Delibera	Presenza atto deliberativo	Presente
Punto D – definizione ed adozione con Delibera	Presenza atto deliberativo	Presente

OBIETTIVO 3: MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE DI RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI/PROCEDURE/PDTA

Questo obiettivo prevede la verifica da parte dei referenti per il rischio clinico delle Direzioni Mediche di Presidio dell'adozione delle seguenti procedure da parte di ogni UO, secondo un sistema di monitoraggio a campione:

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Presenza dalla safety check list di sala operatoria in un campione di	N. cartelle con presenza della lista di controllo/N. cartelle verificate	100%

cartelle cliniche con intervento chirurgico (Racc. Min 2 e 3)		
Corretta compilazione dalla safety check list di sala operatoria in un campione di cartelle cliniche con intervento chirurgico (Racc. Min 2 e 3)	N. cartelle con lista di controllo correttamente compilata/N. di cartelle verificate.	100%
Verifica dell'implementazione del sistema TETRA in un campione di reparti dei PP.OO. (Racc. Min. 5)	N. di reparti in cui il sistema TETRA è implementato/N. di reparti totali	100%
Corretta compilazione del foglio unico di terapia in un campione di cartelle cliniche (Racc. Min. 7)	N. cartelle con FUT correttamente compilato/N. di cartelle verificate	100%
Corretta compilazione della scala di Conley su un campione di cartelle cliniche (Racc. Min. 13)	N. cartelle con Scheda di Conley correttamente compilata/N. di cartelle verificate	100%
Presenza della scheda di riconciliazione farmacologica all'ammissione, su un campione di cartelle cliniche (Racc. Min. 17)	N. cartelle con scheda di riconciliazione/N. di cartelle cliniche verificate	100%
Verifica dell'implementazione della raccomandazione n. 18 in un campione di reparti dei PP.OO.	N. di reparti in cui è presente la raccomandazione n. 18/N. di reparti totali	100%
Verifica della implementazione della procedura del CIO di cui alla Delibera n. 1166 del 29.04.2021	N. di reparti in cui è presente la procedura del CIO Del n. 1166-21/N. di reparti totali	100%

Allegato 1 - LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Nella ASL Brindisi si è proceduto ad adottare procedure in applicazione delle seguenti raccomandazioni:

1. **Raccomandazione ministeriale n. 1** (corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio):

- Procedura per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate contenenti Potassio nella ASL Brindisi – Delibera 447 del 16.03.16.

2. **Raccomandazione ministeriale n. 2 e 3**:

- In applicazione delle due raccomandazioni, la Regione Puglia ha implementato la safety check list sala operatoria che è stata adottata in ASL BR per l'inserimento all'interno delle cartelle cliniche con intervento chirurgico: notifica della determina dirigenziale n.2 della Regione Puglia dell'11.01.2013 per l'adozione della safety check list sala operatoria, con nota prot. N. 13896 del 21.02.2013;
- Scheda per il conteggio di garze, strumenti o altro materiale in sala operatoria – Delibera 1001 del 14.06.2016;
- Procedura per la corretta identificazione del paziente – Delibera 990 del 14.06.2016;

3. **Raccomandazione ministeriale n. 4** (prevenzione del suicidio di paziente in ospedale):

- Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale - Delibera 1975 del 17.11.2015.

4. **Raccomandazione ministeriale n. 5** (prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO):

- Sistema di Sicurezza ASL Brindisi denominato TETRA - Delibera 527 del 14.03.2014;
- Procedura operativa per la richiesta di emocomponenti utilizzando il sistema web-Tesi con il dispositivo di sicurezza trasfusionale "TETRA" - nota prot. 34174 del 30/05/2016;
- Diffusione per relativa implementazione dell'Aggiornamento DELLA Racc. n. 5 del Gennaio 2020 – Delibera 1654 del 18.06.2021

5. **Raccomandazione ministeriale n. 6** (prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto):

- Procedura Sistema di Trasposto Materno Assistito (STAM) nel territorio della ASL Brindisi – Delibera 2663 del 11.12.2020.

6. **Raccomandazione ministeriale n. 7** (prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica):

- Adozione del foglio unico di terapia della ASL BR – Delibera 1758 del 17.10.2012;
- Notifica della determina dirigenziale n.2 della Regione Puglia dell'11.01.2013 per l'adozione del foglio unico di terapia, con nota prot. N. 13896 del 21.02.2013;

7. **Raccomandazione ministeriale n. 8** (prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari):

- Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari – Delibera 2007 del 06.12.2016

8. **Raccomandazione ministeriale n. 9** (raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali):

- Procedura per la prevenzione degli eventi avversi legati all'utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali attraverso la regolamentazione della formazione continua degli operatori – Delibera n. 1580 del 29.09.2015

9. **Raccomandazione ministeriale n. 11** (morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero/extraospedaliero):

- Procedura per la prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero – Delibera 998 del 14.06.2016.

10. **Raccomandazione ministeriale n. 12** (prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA/SALA):

- Procedura per la corretta gestione dei Farmaci "Look-Alike/Sound-Alike (LASA)" – Delibera 1581 del 29.09.2015.

11. **Raccomandazione ministeriale n. 13** (prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie):

- Adozione del protocollo aziendale sulla prevenzione e gestione delle cadute nella ASL BR - Delibera n. 2044 del 20.11.2014;
- Adozione della procedura di cui alla DGR Regione Puglia n.232 del 20.02.2015.

12. **Raccomandazione ministeriale n. 14** (prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici):

- Applicazione della procedura di cui alla DGR Regione Puglia n. 241 del 20.02.2015.
- Implementazione dell'UMACA (Unita' di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) - Delibera 855 del 19.05.2015;

13. **Raccomandazione ministeriale n.15** (morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di centrale operativa di 118 e/o all'interno del pronto soccorso):

- Procedura Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage in Pronto Soccorso – Delibera 1014 del 14.06.2016
- Sono inoltre operativi in ASL BR e formalizzati i protocolli del SET 118.

14. **Raccomandazione ministeriale n.16** (prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore ai 2500 gr non correlata a malattia congenita).

15. **Raccomandazione ministeriale n.17** (raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica):

- Procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica – Delibera 1650 del 08.10.2015.

16. **Raccomandazioni ministeriali n. 18 e 19**:

- Diffusione per relativa implementazione - Delibera 2486 del 19.11.2020

Allegato 2 - PDTA AZIENDALI DELIBERATI

N	PDTA	N. DELIBERA PDTA
1	PDTA MIELOMA MULTIPLO	267 DEL 18.02.2016
2	PDTA ASMA - BPCO	269 DEL 18.02.2016
3	PDTA SEPSI	336 DEL 03.03.2016
4	PDTA ANEMIE	452 DEL 16.03.2016
5	PDTA IPERTENSIONE POLMONARE	605 DEL 13.04.2016
6	PDTA SCLEROSI MULTIPLA	2246 DEL 30.12.16
7	PDTA DEL PAZIENTE AFFETTO DA HIV/AIDS	613 DEL 10.04.2017
8	PDTA LINFOMA DI HODGKIN E LINFOMI NON HODGKIN	992 DEL 07.06.2017
9	PDTA SCOMPENSO CARDIACO	1201 DEL 04.07.2017
10	PDT NEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO	1381 DEL 04.08.2017
11	PDTA PER GLI EMANGIOMI INFANTILI	1479 DEL 21.08.2017
12	PDTA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO (OSA)	1998 DEL 17.11.2017
13	PDTA OSTEOPOROSI	381 DEL 22.02.2018
14	PDTA ALZHEIMER	530 DEL 16.03.2018
15	PDTA EPATOCARCINOMA	1469 DEL 06.08.2018
16	PROTOCOLLO ASL BR SINDROMI CORONARICHE ACUTE (SCA): STEMI E NSTEMI	385 DEL 06.03.2019
17	PDTA MELANOMA DELLA CUTE	1766 DEL 10.10.19
18	PDTA MALATTIA RENALE CRONICA	2161 DEL 19.10.2020
19	Rev. 1 PDTA ANEMIE	2180 DEL 22.10.2020
20	PERCORSO - SETTING ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO COVID -19	2384 DEL 06.11.2020
21	Rev. 1 PDTA COVID 19 EMODIALIZZATI CRONICI	2488 DEL 19.11.2020
22	Rev. 2 PDTA COVID 19 EMODIALIZZATI CRONICI	1092 DEL 21.04.2021
23	PDTA PER FOLLOW UP INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO DEL PAZ DOPO SCA O RIVASCOLARIZ MIOCARDICA	1818 DEL 06.7.2021

Allegato 3 – ALTRE PROCEDURE/PROTOCOLLI/NOTE AZIENDALI

1. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

- Delibera n.1582 del 09.09.2013 "approvazione delle linee guida aziendali relative alla gestione di enterobatteri produttori di carbapenemasi";
- Delibera n. 1887 del 18.10.2013 "approvazione delle linee guida da adottare per il trasporto e l'esecuzione di esami strumentali o consulenze specialistiche a pazienti in isolamento da contatto per enterobatteriacee carbapenemasi produttrici e delle raccomandazioni in merito alla gestione dei pazienti colonizzati/infetti da CPE";
- Delibera n.2040 del 24.11.2014 "Adozione dei protocolli aziendali sulla profilassi antibiotica preoperatoria";
- Corretta Igiene delle mani - Opuscolo informativo "Il rischio biologico: sorveglianza sanitaria e misure di prevenzione e protezione nel settore sanitario", 2012 (reperibile su sito web della ASL BR - Servizio di Sorveglianza Sanitaria- Documenti e Modulistica)
- Progetto di verifica dell'adesione degli operatori alle corrette pratiche igieniche delle mani, anno 2015;
- Delibera n. 1181 del 23.06.2014 "Approvazione delle linee guida sulla corretta prassi igienico-organizzativa-comportamentale nel comparto operatorio e nelle terapie intensive";
- Delibera n. 69 del 21.01.2016 "Procedura per l'implementazione di un sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico";
- Delibera n. 1166 del 29.04.2021 "Approvazione Procedura Aziendale Prevenzione, Sorveglianza e Controllo della trasmissione di Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)" del Comitato per la lotta contro le Infezioni Ospedaliere, comprendente il sistema di monitoraggio delle ICA;
- Nota prot. 108234 del 14712/2020 - "ricognizione degli interventi messi in atto per la prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture della ASL Brindisi".

2. SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE

2.1 QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Progetto qualità della documentazione sanitaria e requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica ospedaliera, nota prot. N. 53593 del 21.10.2008 e nota prot.n. 13042 del 27.02.2009;
- Nota Prot. n. 758 del 07.01.2013 relativa all'obbligo di riportare la Valutazione del Dolore all'interno della Cartella Clinica ai sensi della Legge 38/2010;

- Delibera n. 215 del 04.02.2014 “Adozione di una procedura aziendale per l'informazione ed il consenso alle prestazioni sanitarie”.
- Revisione della check list di chiusura della cartella clinica notificata alle direzioni sanitarie con nota prot. N. 33231 del 15.05.2015;
- Delibera n. 961 del 16.06.2015, “linee d’indirizzo per la redazione della lettera di dimissione ospedaliera”;
- Elaborazione di una Check List protocolli/procedure trasversali tra le UUOO (reperibile sul sito web della ASL BR – Sezione Gestione del Rischio Clinico – Documenti e Modulistica)

2.2. GESTIONE DELLE EMERGENZE/URGENZE/COMPLICANZE

- Delibera n. 1396 del 25.07.2014 “Sistema di Risposta Rapida alle Emergenze Intra-Ospedaliere nei PP.OO. per acuti di Brindisi-Perrino, Francavilla e Ostuni”.
- Delibera 1766 del 10.10.19 “Procedura per l’attivazione della Sala Operatoria in Emergenza/Urgenza”
- Delibera 2194 del 28.11.19 “Procedura per l’attivazione della Sala Operatoria in Emergenza/Urgenza – revisione 1”

2.3. PROCESSI ASSISTENZIALI

- Delibera n.2623 del 17.01.2011 “distribuzione diretta di farmaci all’atto delle dimissioni ospedaliere del paziente per il primo ciclo di terapia. Disposizioni operative”;
- Applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale n.2349 dell’11.11.2014 per l’adozione della scheda di segnalazione spontanea degli eventi (*incident reporting)*;
- Protocollo ministeriale Monitoraggio Eventi Sentinella (reperibile sul sito web della ASL BR – Sezione Gestione del Rischio Clinico – Documenti e Modulistica);
- Delibera n. 1516 del 22.09.2015 “Procedura per la prevenzione dello smarrimento degli ausili personali dell’utente”;
- Delibera 1019 del 28.05.2018 “Procedura per la gestione degli effetti personali di proprietà degli utenti”.
- Nota prot. N. 27102 del 17.03.2021: diffusione delle Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità del Ministero della Salute, Giugno 2011.

3. EMERGENZA DA COVID-19

- Nota prot. 28010 del 14.04.2020 – Trasmissione del Piano Aziendale per l’Emergenza COVID 19 con allegati:
    - ✓ Procedura COVID-19 Covid-19 Gestione clinica dei casi sospetti;
    - ✓ Procedura COVID/19 2020 Gestione dei pazienti in fase post-acuzie
    - ✓ Procedura COVID/19 2020 – Percorsi Assistenziali dedicati ai pazienti emodializzati cronici

- ✓ Procedura COVID/19 2020 Assistenza alla gestante e al neonato Indicazioni per pazienti con problematiche ostetriche
- ✓ Procedura COVID/19 2020 Percorso di gestione nuovi pazienti ustionati

- Procedura COVID-19: procedure operative della UOC di Medicina Nucleare, trasmessa a livello aziendale con mail del 18.05.2020;
- Procedura COVID 19 Gestione Accessi alle strutture ASL BR trasmessa a livello aziendale con mail del 07.07.2020;
- Nota prot. 12779 del 02.02.2021 – Procedura Gestione del Vaccino AntiSARS CoV-2/COVID 19 Pfizer Biontech denominato Comirnaty
- Nota prot. 42196 del 06.05.2021 – Protocollo Ingresso Parenti Reparti COVID;
- Nota prot. 44394 del 14.05.2021 "Rev. 1 - Protocollo per la regolamentazione degli Accessi dei visitatori dei pazienti ricoverati nei reparti COVID"
- N. 40 verifiche di proposte di percorsi assistenziali per la ripresa dell'attività ambulatoriale post Fase 1 dell'emergenza COVID 19, in collaborazione col SPPA;
- N. 9 verifiche di proposte di percorsi assistenziali per reparti e strutture da dedicare a pazienti COVID 19 (comprensive del percorso salme COVID 19 del PO di Ostuni e PO Perrino), in collaborazione col SPPA.

4. MISCELLANEA

- Applicazione Linee Guida per la Prevenzione delle Reazioni Allergiche al Lattice nelle Strutture Sanitarie di cui alla Delibera del Direttore Generale Ares n.45 del 21.03.2007 – Nota prot. n. 15064 del 20.03.2008 e n. 15663 del 25.03.2008;
- Procedure per il caso di sequestro giudiziario di cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria - Nota prot. n. 44086 del 02.09.2008;
- Delibera n. 3097 del 07.10.2010 "adozione di procedura operativa per la gestione del contenzioso da assistenza sanitaria";
- Delibera n. 266 del 11.02.2014 "adozione di un regolamento per la gestione delle procedure conseguenti all'evento morte negli stabilimenti ospedalieri della ASL di Brindisi"
- Delibera n. 751 del 03.05.2016 "adozione del Piano Annuale per la gestione del Rischio clinico nella ASL BR per l'anno 2016"
- Delibera n. 89 del 19.01.2017 "Approvazione del Regolamento per il Funzionamento del Sistema di Controllo della Tracciabilità dei Rifiuti (Sistri) nell'ASL di Brindisi";
- Delibera 1374 del 23.07.2018 "Adozione del Regolamento per la gestione dei campioni biologici da consegnare ai laboratori/punti prelievo aziendali da parte degli operatori sanitari autorizzati".