

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PER L'ANNO 2023 E
PROGRAMMATICO PER L'ANNO 2024



Documento redatto a cura della UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

UOSD Gestione del Rischio Clinico

Dirigente Medico **Dott.ssa Stefania C. Bello**

Dirigente Medico **Dott. Giampiero Bottari**

Dirigente Medico **Dott. Gino Elia**

Dirigente Medico **Dott. Giuseppe Lecce**

Collaboratore Professionale **Dr.ssa Anna Maria Teresa Delgiudice**

Collaboratore Amministrativo **Dr.ssa Maria Rosaria De Fazio**

Assistente Amministrativo **Sig.ra Maria Francesca Pomes**

Tel. 0831536659

Email: riskmanagement@asl.brindisi.it

Pec: riskmanagement.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Sommario

Sommario	2
PREMESSA.....	3
LA UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	4
LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE.....	5
MAPPATURA DEL RISCHIO SANITARIO	5
OBIETTIVI ED AZIONI	7
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	15
BIBLIOGRAFIA	15

PREMESSA

Obiettivo delle organizzazioni sanitarie è rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e sicure; in questo senso le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire a tutte le parti interessate, ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente subisca un *“danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”* (Kohn, IOM 1999). I sistemi sanitari moderni devono governare l’alta complessità derivante dai numerosi elementi umani e tecnologici che li compongono, orientando le attività verso standard di qualità in linea con le migliori evidenze scientifiche ed in sintonia con le aspettative dei pazienti. Il miglioramento della qualità richiede necessariamente attenzione ai temi della sicurezza del paziente ed azioni nell’ambito della gestione del rischio clinico.

In Italia i primi indirizzi normativi sulla tematica della sicurezza delle cure risalgono alla Legge n. 208 del 28.12.2015, all’art. 1, comma 539, secondo cui *“le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)”*. Ha fatto successivamente eco la Legge n. 24 dell’08.03.2017 (anche nota come Legge Gelli-Bianco) *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* i cui primi 4 articoli sono tutti incentrati sulla tematica della sicurezza delle cure e le misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Le politiche di gestione del rischio sanitario, quindi, in tale ottica ben più ampia illustrata dai due citati riferimenti normativi, sono volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi e quindi alla garanzia della sicurezza delle cure erogate ai pazienti. La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di possibili errori è il presupposto fondamentale per la costruzione di percorsi destinati a migliorare la qualità e la sicurezza dell’assistenza.

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio sanitario, con l’obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, anche in continuità con le azioni già intraprese negli anni precedenti. Tale strumento è espressione dell’impegno della Direzione Strategica ai fini della qualità dell’assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la realizzazione di interventi coordinati. Tali interventi coinvolgono l’intera organizzazione sanitaria e vengono operati attraverso l’integrazione di competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali.

L’adozione delle politiche del miglioramento continuo è un approccio imprescindibile ai fini della programmazione delle attività sanitarie e si articola attraverso:

- la standardizzazione del processo clinico-assistenziale attraverso l’utilizzo di Raccomandazioni ministeriali e regionali e l’osservanza di linee guida cliniche Evidence Based;
- la misurazione, tramite l’analisi e la valutazione degli eventi;
- il reporting, ovvero la segnalazione tempestiva degli eventi da parte degli operatori, necessaria per la mappatura dei rischi, l’identificazione delle criticità e delle opportune azioni di miglioramento.

Il PARS, pertanto, fa riferimento a tutti gli ambiti organizzativi in una visione sistemica tramite tre dimensioni "core":

- 1) clinica, incentrata sull'outcome dei trattamenti sanitari;
- 2) tecnica, incentrata sugli aspetti tecnologico-strutturali;
- 3) legale e assicurativa, incentrata sulla prevenzione e gestione del contenzioso.

LA UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La UOSD 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 sono 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;
- 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;
- 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 medico legale a seguito di richieste di risarcimento, istanze conciliative, contenzioso giudiziario (civile e costituzione civile in procedimenti penali);
- redazione di pareri medico legali di supporto alle valutazioni della Struttura Burocratico Legale della ASL;
- collaborazione con il broker aziendale e con l'assicuratore (nei casi di copertura assicurativa);

- gestione medico legale diretta del contenzioso, nei casi di sinistri in autoritenzione, con visita medico legale e richiesta dei pareri specialistici;
- attività nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
- redazione di consulenze medico legali ad uso del CVS;
- partecipazione come CTP a Consulenze Tecniche d'Ufficio in materia di responsabilità professionale, nell'interesse dell'amministrazione;
- attività formativa sugli aspetti medico legali del contenzioso da inserire nel piano aziendale della formazione.

È di evidenza condivisa 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 GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

Dal 01.01.2017 la ASL Brindisi, per decisione della Direzione Strategica Aziendale, ha optato per l'autoritenzione del rischio, quale analoga misura per la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, come sancito dall'art. 10 della Legge 24/2017. Tali analoghe misure richiedono, pertanto, la gestione diretta di tutto il contenzioso giudiziale e stragiudiziale, anche attraverso l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è un organismo a composizione multidisciplinare di cui fanno parte dipendenti dell'ASL BR, in possesso delle specifiche competenze professionali nell'ambito della Dirigenza Professionale/Amministrativa, Dirigenza Medica (specialisti in Medicina Legale ed esperti in gestione del rischio clinico), del Comparto ed un componente della Direzione Strategica (Direttore Generale, Amministrativo e/o Sanitario), il Loss Adjuster e, ove si tratti di sinistri in copertura assicurativa, anche il Broker ed il delegato della Compagnia Assicuratrice. Tali componenti possono essere affiancati, di volta in volta, da specialisti nelle varie discipline mediche e chirurgiche, in considerazione della natura e tipologia del danno oggetto della richiesta risarcitoria.

MAPPATURA DEL RISCHIO SANITARIO

La mappatura è la metodologica identificazione dei rischi per possibili danni al paziente e fornisce informazioni utili per programmare le misure di prevenzione e le barriere protettive a maggiore impatto in termini di sicurezza per il paziente. Le fonti usualmente prese in esame al fine di trarre elementi informativi utili all'individuazione delle vulnerabilità dell'organizzazione e all'identificazione dei possibili rischi sono gli eventi sentinella, le richieste di risarcimento, gli eventi avversi ed i quasi eventi segnalati. Tali dati sono disponibili nella "Relazione annuale eventi avversi anno 2022" nella sezione Gestione del Rischio Clinico sul sito aziendale.

In base all'analisi di questi dati sono state identificate le aree più esposte a rischi per possibili danni al paziente e, per ciascuna di esse, per poter definire il profilo di rischio dei processi di cura, è stato calcolato l'Indice di Rischio: $P \times G$.

- $P \rightarrow$ Probabilità, valutazione della probabilità di accadimento dell'evento.

- G → Gravità, valutazione del danno che potrebbe derivare al paziente nel caso di accadimento dell'evento avverso.

Per effettuare la valutazione dell'indice di rischio si è avvalso della Hazard Scoring Matrix (tratta da Hazard Scoring Matrix di HFMEA, NCPS- Department of Veterans Affairs)

		G = Gravità degli effetti			
		Catastrofico	Importante	Moderato	Minore
P = Probabilità	Frequente	16	12	8	4
	Occasionale	12	9	6	3
	Raro	8	6	4	2
	Remoto	4	3	2	1

Probabilità di accadimento (P)

Remoto 1 - accade improbabilmente (può accadere qualche volta in un periodo da 5 a 30 anni).

Poco comune/Raro 2 - può accadere (può accadere qualche volta in un periodo da 2 a 5 anni).

Occasionale 3 - accade probabilmente (può accadere più volte in 1 o 2 anni).

Frequente 4 – accade probabilmente immediatamente o entro un breve periodo (può accadere più volte in un anno).

Scala di gravità (G)

Evento minore 1:

EFFETTI SUL PAZIENTE - Nessun danno o danno minore che non richiede ulteriore monitoraggio e trattamento.

IMPATTO ECONOMICO - Danno inferiore a 5.000 Euro.

Evento moderato 2:

EFFETTI SUL PAZIENTE - Danno temporaneo con necessità di ricovero o prolungamento della degenza o necessità di trattamento supplementare.

IMPATTO ECONOMICO - Danno compreso tra 5.000 a 70.000 Euro.

Evento grave /importante 3:

EFFETTI SUL PAZIENTE - Limitazioni permanenti delle funzionalità fisiche, necessità di intervento chirurgico, prolungamento della degenza.

IMPATTO ECONOMICO - Danno superiore a 100.000 Euro.

Evento catastrofico 4:

EFFETTI SUL PAZIENTE - Morte o gravi limitazioni permanenti alle funzionalità fisiche, suicidio, intervento su paziente sbagliato o su parte sbagliata.

IMPATTO ECONOMICO- Danno superiore a 250.000 Euro.

Il punteggio attribuito in base alle scale di valutazione consente l'identificazione delle aree di assistenza e/o degli avvenimenti a maggiore rischio (punteggio Hazard Scoring Matrix ≥ 8):

- **PERCORSO CHIRURGICO** → punteggio Hazard Scoring Matrix $P4 \times G3 = 12$.
Nell'anno 2022 il 31% delle richieste di risarcimento danni è attribuito alle discipline chirurgiche; nello stesso periodo si è verificato 1 evento sentinella.
- **ASSISTENZA A TRAVAGLIO/PARTO** → punteggio Hazard Scoring Matrix $P3 \times G4 = 12$.
Rappresenta un'area di grande vulnerabilità per la sicurezza delle cure. Gli eventi avversi relativi al travaglio/parto hanno un grande impatto emotivo, mediatico e possibile effetto catastrofico per gli effetti su madre e/o neonato e per l'impatto economico. Nell'anno 2022 il 7% delle richieste di risarcimento ha riguardato la disciplina della Ginecologia ed Ostetricia e, nello stesso periodo, si è verificato 1 evento sentinella.
- **CADUTE** → punteggio Hazard Scoring Matrix $P4 \times G3 = 12$.

Rappresentano gli eventi avversi più segnalati (85% sul totale) ed il 6% delle richieste di risarcimento danni per l'anno 2022. Nello stesso anno si sono verificati 2 eventi sentinella. I pazienti ricoverati in area medica presentano un rischio di caduta maggiore legato all'età avanzata, la presenza di pluripatologie, la tipologia di trattamento e la durata della degenza.

- **PRESTAZIONI IN EMERGENZA/URGENZA** → punteggio Hazard Scoring Matrix P3xG3=9.
Le strutture di Pronto Soccorso nell'anno 2022 hanno riguardato il 12% delle richieste dei risarcimenti e hanno registrato 2 degli eventi sentinella segnalati nel medesimo periodo temporale.
- **INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)** → punteggio Hazard Scoring Matrix P3xG3=9.
Nell'anno 2022 le ICA sono state oggetto di richiesta di risarcimento nel 12% dei casi, in ascesa rispetto agli anni precedenti e con un importante impatto economico. La pandemia da Sars-CoV-2, inoltre, ha imposto un nuovo scenario di rischio sanitario in relazione all'effetto del Covid-19 sulle Infezioni Correlate all'Assistenza.
- **GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE** → punteggio Hazard Scoring Matrix P4xG2=8.
Rappresentano le attività con il maggior numero di segnalazioni volontarie, dopo gli eventi caduta. Tenuto conto dell'alta probabilità di accadimento di incidenti, per l'elevato numero di prescrizioni e di somministrazioni, e del fenomeno della sottosegnalazione degli eventi avversi, gli errori in terapia farmacologica continuano a rappresentare una minaccia per la sicurezza del paziente.

OBIETTIVI ED AZIONI

Possono declinarsi i seguenti obiettivi ed azioni di miglioramento, per mezzo del presente PARS:

- ✓ **Supporto difensivo medico legale e specialistico in fase di contenzioso in tema di responsabilità professionale**

Razionale:

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, in fase istruttoria medico legale a seguito di richiesta di risarcimento danni pervenuta all'Azienda ed in tema di responsabilità professionale, chiede al Direttore della U.O. coinvolta (o delle UU.OO. coinvolte) una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato, eventualmente sottoscritta anche dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti nella vicenda in esame, ciascuno per la propria competenza. Ne deriva, pertanto, l'opportunità di una continuativa sinergia e collaborazione tra i medici legali aziendali e i professionisti sanitari, specie nell'eventuale e successiva fase giudiziale nei casi di particolare complessità del sinistro, anche mediante la redazione di un parere medico legale e specialistico congiunto.

Azioni:

- Implementazione dell'attività di supporto specialistico in fase di predisposizione di parere e partecipazione alle operazioni peritali al fine di garantire la costituzione di un collegio difensivo della ASL che preveda uno specialista in medicina legale ed uno specialista della branca o altro professionista sanitario, su cui verte il contenzioso in essere. Tanto richiede

l'istituzione e la regolamentazione di un apposito albo aziendale da cui attingere in caso di necessità di nomina di un consulente tecnico di parte.

- Indicatori: % di Giudizi contro la ASL Brindisi per i quali vi è stata la costituzione di un collegio difensivo multidisciplinare e/o multiprofessionale.

✓ **Consolidamento delle attività di monitoraggio e gestione degli eventi avversi**

Razionale:

Il sistema di segnalazione e apprendimento si basa sulla segnalazione degli eventi avversi e dei near miss offrendo un'opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza. L'attuazione di concrete e tempestive azioni correttive o preventive riduce il rischio di riaccadimento di eventi simili. Di uguale importanza è garantire a pazienti e familiari il diritto a ricevere una comunicazione trasparente e onesta, mitigare la loro sofferenza, rafforzare la relazione di fiducia e diminuire i contenziosi.

Azioni:

- Implementazione della "PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS", approvata con Delibera n. 1327/23/GC del 31.05.2023;
- Coordinamento, supporto metodologico e monitoraggio delle attività di analisi degli eventi segnalati;
- Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi sentinella e degli eventi avversi significativi con identificazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e delle azioni correttive, preventive o di miglioramento;
- Conferimento dei dati previsti dal SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità).

Risultati attesi:

- Mantenimento della tendenza crescente nella segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi;
- Attivazione di azioni correttive, preventive o di miglioramento;
- Elaborazione dei report annuali degli eventi avversi;
- Monitoraggio della "PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI, NEAR MISS", approvata con Delibera n. 1327/23/GC del 31.05.2023.

Indicatori:

% eventi sentinella con fattori individuati e azioni per la riduzione del rischio (scheda B compilata); % azioni definite per la riduzione del rischio e tempi di verifica stabiliti; report annuali degli eventi avversi.

✓ **Identificazione dei principali pericoli e valutazione dei rischi per la sicurezza dei pazienti**

Razionale:

La sola segnalazione degli eventi avversi e dei near miss non è sufficiente per la valutazione del rischio clinico, e pertanto l'identificazione proattiva e la gestione dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente sono necessari per prevenire il ri-accadimento. L'applicazione di metodi validati (e.g. FMEA, HFMEA e il SWR) permette di identificare le criticità, le relative cause e le aree di possibile intervento per il loro trattamento.

Azioni e risultati attesi:

- esecuzione di almeno un Safety Walk Round all'anno per Presidio Ospedaliero;

- effettuazione di almeno un FMEA o HFMEA all'anno;
- analisi retrospettiva delle cartelle cliniche con metodo validato (e.g. trigger tools) per l'identificazione di eventi avversi.

Indicatori: % SWR svolti/SWR programmati, numero analisi FMEA/anno, report revisione retrospettiva delle cartelle cliniche.

✓ **Prevenzione degli errori di identificazione del paziente**

Razionale:

Gli errori di identificazione del paziente si verificano in tutte le fasi del percorso clinico-assistenziale del paziente. Dall'analisi degli eventi avversi segnalati emerge che l'errata identificazione del paziente rappresenta uno dei principali fattori critici che aumenta il rischio di errore.

Azioni:

- adozione dell'uso del braccialetto identificativo nei Pronto Soccorso;
- implementare le raccomandazioni per l'identificazione attiva e corretta del paziente.

Risultati attesi:

- utilizzo del braccialetto identificativo in tutte le strutture di ricovero e nei Pronto Soccorso;
- ridurre gli errori di identificazione del paziente.

✓ **Prevenzione degli errori in terapia farmacologica**

Razionale:

Gli errori in terapia farmacologica sono tra gli eventi avversi più frequentemente segnalati e la loro prevenzione necessita un'attenzione permanente. Il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di Buone Pratiche e Raccomandazioni rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza. Le organizzazioni sanitarie e gli operatori sanitari sono chiamati ad adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci, motivato anche dall'aumento del numero di persone in età avanzata e in politerapia farmacologica, dell'uso di farmaci a ridotto indice terapeutico e della complessità organizzativa.

Azioni:

- potenziamento delle tecnologie informatizzate per la sicurezza nella prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci;
- verifica e miglioramento della ricognizione/riconciliazione dei farmaci;
- verifica del corretto uso della Scheda Unica di Terapia cartacea e della scheda ricognizione/riconciliazione nelle strutture non informatizzate;
- verifica periodica e rafforzamento dell'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 1, 7, 12, 14, 17, 18 e 19;
- aggiornamento del sistema di verifica e di monitoraggio relativo al processo di gestione del farmaco antitumorale;
- aggiornamento delle procedure aziendali per la gestione clinica dei farmaci alla luce delle raccomandazioni per la prevenzione degli errori e la sicurezza del paziente;
- implementazione della realizzazione di eventi formativi e di confronto rivolti ai professionisti sanitari per consentire una capillare diffusione di conoscenze e cultura sulla sicurezza e sugli strumenti proposti.

Risultati attesi:

applicazione del corretto uso degli strumenti volti alla riduzione degli errori e degli eventi avversi correlati alla terapia farmacologica.

Indicatori:

% Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione farmacologica presente e correttamente compilata.

✓ **Promozione della sicurezza del percorso chirurgico**

Razionale:

La sicurezza del percorso chirurgico si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici: numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti (dalla identificazione del paziente alla correttezza del sito chirurgico, alla appropriata sterilizzazione dello strumentario, all'induzione dell'anestesia, ecc.). Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere e tutte le altre figure coinvolte, devono lavorare in sinergia ed assicurare un clima di collaborazione tra di essi, indispensabile per prevenire l'accadimento di incidenti peri-operatori e per garantire la buona riuscita dell'intervento.

Azioni e risultati attesi:

- monitoraggio e miglioramento dell'uso del sistema informatizzato per la gestione del percorso chirurgico;
- verifica della corretta applicazione delle Raccomandazioni contenute del Manuale per la sicurezza in sala operatoria;
- verifica della corretta compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria e la presenza in cartella clinica.

Indicatori:

% Cartelle Cliniche con check list per la sicurezza sala operatoria correttamente compilata.

✓ **Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio/parto**

Razionale:

L'assistenza al travaglio/parto rappresenta un'area di grande vulnerabilità per la sicurezza delle cure e di grande impatto emotivo e mediatico. Il verificarsi di complicanze e/o eventi avversi gravi espone ad una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti della struttura, dell'organizzazione e dei professionisti. Implementare le raccomandazioni Evidence Based per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza e per la riduzione della morbilità e mortalità perinatale è indispensabile nella gestione del rischio clinico durante la gravidanza e nell'assistenza al travaglio/parto.

Azioni:

- implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e per la prevenzione della morte o disabilità permanente del neonato;

- implementazione della Procedura Aziendale “Procedura aziendale per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto” approvata con Delibera n. 1672 del 29.06.2023 e delle Linee Guida SNLG “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla” ad essa allegate;
- monitoraggio e revisione delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN);
- attivare la discussione di casi clinici per promuovere un maggiore scambio tra i professionisti che operano nelle UUOCC Ginecologia ed Ostetricia di questa ASL.

Risultati attesi:

ridurre gli eventi avversi gravi correlati al travaglio e parto.

Indicatori:

% casi di mortalità e morbidità materna/totale parti, % eventi avversi perinatali/ totale parti.

✓ **Promozione della sicurezza del percorso del paziente in Emergenza/Urgenza**

Razionale:

La specifica connotazione del percorso clinico-assistenziale del paziente in Pronto Soccorso prevede il coinvolgimento anche di molteplici discipline medico-chirurgiche, talvolta anche al di fuori della sede di accesso, con aumentato rischio di errore o di ritardo. Per ridurre il rischio è necessario applicare i percorsi diagnostico-terapeutici ed identificare correttamente il grado di criticità e complessità del paziente. Un valido strumento in tale ambito è la corretta attribuzione del codice di triage extraospedaliero ed ospedaliero, un processo articolato e critico che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità. Le Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero del 01.08.2019 definiscono un nuovo modello di riferimento e una nuova codifica di priorità e di tempi di attesa.

Di assoluto rilievo, inoltre, è la problematica del sovraffollamento in Pronto Soccorso, con possibili conseguenze indesiderabili e rilevanti sul piano della qualità delle cure e della sicurezza del paziente. Le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e sull’Osservazione Breve Intensiva (01.08.2019) definiscono le attività per la Gestione del Rischio Clinico e la sicurezza delle cure in tale setting assistenziale.

Azioni e risultati attesi:

- monitoraggio dell’implementazione delle raccomandazioni e delle linee di indirizzo ministeriali, regionali e delle procedure per la corretta attività di triage e, quindi, per l’idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono ai Pronto soccorso;
- implementazione del “PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO” e della “PROCEDURA AZIENDALE FAST TRACK”, approvati con Delibera n. 2816 del 21.11.2023.

✓ **Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie**

Razionale:

Le cadute rappresentano l’evento avverso più frequentemente segnalato. Anche se nella maggioranza dei casi le cadute dei pazienti non portano a danno, il numero delle cadute con conseguente danno grave tende ad aumentare. Per minimizzare il rischio cadute e la gravità dei possibili danni è necessario implementare misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali

sempre più complessi ed a rischio, proseguire con le verifiche periodiche del grado di applicazione delle raccomandazioni e della procedura aziendale, ed infine programmare rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali.

Azioni:

- implementazione della Procedura Aziendale “Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita”, approvata con Delibera n. 2044 del 20.11.2014;
- rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture residenziali.

Risultati attesi:

Attivazione di azioni di miglioramento in seguito ad audit, verifica dei fattori di rischio ambientali e adozione delle misure correttive o preventive necessarie.

Indicatori:

Report cadute, % strutture con fattori di rischio ambientali rilevate, % azioni correttive o preventive attivate.

- ✓ **Riduzione del rischio di Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici**

Razionale:

La prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) continua a rappresentare un’area prioritaria di intervento per la sicurezza del paziente. Essa viene articolata mediante un complesso di attività e misure di assoluto rilievo pratico, quali ad esempio la corretta igiene delle mani, nonché mediante le pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi (bundle per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, alla ventilazione meccanica, delle infezioni del sito chirurgico e delle infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale). Appare di assoluto rilievo, inoltre, la promozione dell’uso responsabile degli antibiotici.

Azioni:

- Partecipazione alle attività di programmazione, stesura ed implementazione di procedure aziendali sulle tematiche di maggior rilievo dell’ambito del rischio infettivo anche in ottemperanza della Sentenza della Corte di Cassazione n. 6386 del 03.03.2023 (e.g. prevenzione sorveglianza e controllo delle infezioni da patogeni sentinella; protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; corretta igiene delle mani; prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni da Legionella);
- Implementazione delle corrette pratiche di antibioticoprofilassi perioperatoria;
- Implementazione della Procedura Aziendale “PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE DI ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)” approvata con Delibera n. 1166 del 29.04.2021;
- Partecipazione alla programmazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per i pazienti con sepsi/shock settico e definiti nelle Linee d’indirizzo per la gestione della sepsi e dello shock settico.

Indicatori:

report annuale sulle infezioni come da attività di sorveglianza, n. di sinistri relative a probabili infezioni correlate all’assistenza.

✓ **Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori**

Razionale:

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari rappresentano segnali della presenza di situazioni a rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro, che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. L'analisi della Letteratura evidenzia le relazioni tra violenza e stress e come lo stress dell'operatore incida sulla qualità e sulla sicurezza del paziente. L'incremento delle segnalazioni di episodi di violenza a danno degli operatori registrato nell'ultimo anno richiede, anche in applicazione alla Raccomandazione ministeriale n. 8, l'attivazione di interventi aggiuntivi per implementare idonee misure di prevenzione e controllo.

Azioni e risultati attesi:

- implementazione della "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori", approvata con Delibera n. 2007 del 06.12.2016;
- gestire gli episodi di violenza contro gli operatori.

Indicatori:

Report annuale sugli episodi di violenza segnalati dagli operatori.

✓ **Definizione di approcci standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche, la gestione della documentazione clinica e dell'acquisizione del consenso**

Razionale:

La comunicazione carente e le incomprensioni nell'operatività rappresentano problematiche emergenti che possono portare ad eventi avversi e disagio relazionale tra gli operatori. Le conseguenze, in termini di danno per i pazienti e di costi per le strutture, suggeriscono di applicare opportune strategie per migliorare il passaggio delle consegne (handover), di definire ed applicare metodi standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche del paziente tra gli operatori e servizi/strutture, garantendo la continuità e la sicurezza delle cure. La documentazione clinica rappresenta uno strumento fondamentale per la trasmissione delle informazioni tra gli operatori e, viceversa, la non corretta tenuta non consente l'adeguata evidenza documentale delle cure fornite al paziente ed espone gli operatori a contenzioso legale. Migliorare la leggibilità della cartella clinica, intesa come facilità di reperimento delle informazioni ricercate e la rapida comprensione dell'iter diagnostico-terapeutico, è essenziale per la sicurezza delle cure. Il processo comunicativo attraverso il quale il medico fornisce al paziente notizie sulla diagnosi e sull'atto sanitario accompagna e sostiene il paziente nel percorso di cura e promuove una scelta pienamente autonoma e consapevole.

Azioni e risultati attesi:

- realizzazione del corso di formazione "Hand over efficace e sicuro";
- diffusione ed applicazione dello strumento SBAR (situation- background- assessment- recommendation) per la comunicazione strutturata tra operatori;
- valutazione periodica della completezza ed accuratezza della documentazione sanitaria;
- verifica periodica delle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato;
- corretta tenuta della documentazione sanitaria e utilizzo diffuso della comunicazione strutturata.

Indicatori:

% corsi realizzati/corsi programmati, % di cartelle cliniche con valutazione positiva.

✓ **Monitoraggio della implementazione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella**

Razionale:

Gli eventi sentinella sono considerati un problema prioritario per la sicurezza del paziente, per la loro gravità ed il loro significato, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali. Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico, il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di Raccomandazioni per la prevenzione di eventi sentinella. Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute n. 19 Raccomandazioni. Le Raccomandazioni Ministeriali sono quindi da considerarsi, come previsto dalla Legge 24/2017, nel novero delle buone pratiche per la sicurezza.

L'Agenas ha sviluppato un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione di tali raccomandazioni, con lo scopo di conoscerne il livello di implementazione e gestirne il progressivo miglioramento anche a garanzia degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Azioni e risultati attesi:

- adesione al monitoraggio annuale dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella attraverso la compilazione del questionario AGENAS.
- ✓ **Programmazione e realizzazione di iniziative per l'informazione, la comunicazione e la partecipazione dei cittadini**

Razionale:

Fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la sicurezza del paziente e sulle attività per la gestione del rischio clinico, coinvolgere i pazienti e i loro familiari nella promozione della sicurezza delle cure e fornire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico, rappresentano caratteristiche fondamentali per l'umanizzazione delle strutture sanitarie e per adempiere ad atti normativi.

Azioni e risultati attesi:

- aggiornamento periodico dello spazio informativo dedicato nel sito istituzionale della ASL Brindisi (art.2 comma 5 Legge 24/2017);
- pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi.

Indicatori:

aggiornamento dello spazio web dedicato, pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi.

✓ **Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico**

Razionale:

La formazione continua degli operatori è essenziale per la promozione della cultura della sicurezza, per sviluppare le conoscenze e le competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana.

Azioni e risultati attesi:

- Programmazione e realizzazione di eventi formativi sulla tematica della gestione del rischio clinico.

Indicatori:

% corsi realizzati/ programmati, n° operatori formati, % gradimento.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Gli obiettivi e le attività previste dal presente piano, quale atto di programmazione del biennio 2023-2024, si dovranno tradurre nell'elaborazione dello strumento di programmazione e controllo rappresentato dal budget.

Il presente PARS potrà essere modificato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione, è soggetto ad eventuali modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento o della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

BIBLIOGRAFIA

- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.
- Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019, Accordo sui documenti: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva", "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 23 giugno 2014, n. 1310 "Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting"".
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 11 novembre 2014, n. 2349 "Modifica ed Integrazione della DGR n. 1310 del 23 giugno 2014 - Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting"".
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 "Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti".