

Proposta Numero: **DEL-2874-2021**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ASL/TA PER L'ANNO 2021.

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

Sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente Responsabile U.O. Rischio Clinico, che attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

Considerato che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe;

Considerato che la Gestione del Rischio Clinico e della sicurezza è parte integrante nello sviluppo normativo del SSN a partire dal DLgs 502/92

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Che si debba procedere alla codifica del **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ASL/TA PER L'ANNO 2021.**

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-2874-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **2514**

DATA: **03/12/2021**

OGGETTO: **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ASL/TA PER
L'ANNO 2021.**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2874-2021**

DATA: **01/12/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

972C882811317EDF5EB1FF86EA3DD0915DD3AADB

15E2FBBF22F0B78BFEA8ADBE

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN ASL/TA PER L'ANNO 2021.

**AB6142AC2622FA5F7B5EB5E7FE13B94EFCECA647
02BCFA6A3349D1ADB5F9D961**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-2874-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **2514**

DATA REGISTRO: **03/12/2021**

NUMERO REPERTORIO: **4440**

OGGETTO: **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO IN ASL/TA PER L'ANNO 2021.**



ASL Taranto

PugliaSalute

S.S.D MEDICINA LEGALE – RISCHIO CLINICO
Dirigente: Dott. Marcello Chironi
Via bruno 1 – 74123 Taranto
Tel. 099.4585/896/578/546
e-mail: rischioclinico@asl.taranto.it
rischioclinico.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it



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

a cura della S.S.D. Rischio Clinico Medicina Legale ASL Taranto

Resp. Dr. Marcello Chironi

APPROVAZIONE	DIRETTORE SANITARIO ASL TARANTO DR. V.G. COLACICCO	
	DIRETTORE GENERALE ASL TARANTO AVV. S. ROSSI	

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI	5
3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	6
4. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI	6
4.1 APPROCCIO PROATTIVO	7
4.2 APPROCCIO REATTIVO	11
4.2.1 LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE	12
4.3 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI	14
5. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE	16
6. OBIETTIVI DEL PIANO 2022	17
Allegato – ALTRE PROCEDURE/PROTOCOLLI/NOTE AZIENDALI CIOT	19

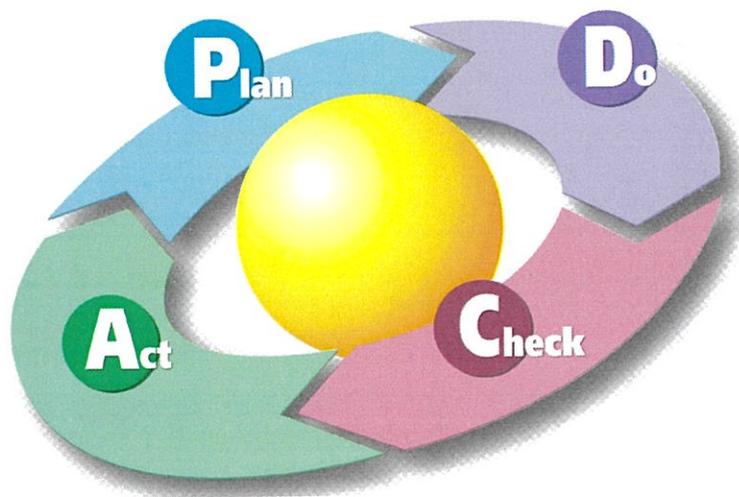
1. PREMESSA

In Italia il tema della **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA SICUREZZA** è stato parte integrante nello sviluppo normativo del SSN, 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 *p tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).*

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.

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 relativo alla “Approvazione dei manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie”, secondo i principi del **ciclo di Deming** (o **ciclo di PDCA**, acronimo dall’inglese *Plan-Do-Check-Act*, in italiano "Pianificare - Fare - Verificare - Agire"), metodo di gestione iterativo in quattro fasi utilizzato per il controllo e il miglioramento continuo dei processi assistenziali.



In particolare nell'ambito del Criterio 6 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA è possibile definire l'appropriatezza clinica come oggetto di una specifica attività da parte del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

L'appropriatezza è una dimensione dunque della qualità dell'assistenza e, data la sua complessità e multidimensionalità, sono molti i termini ad essa correlati, quali efficacia, efficienza, equità, necessità clinica, variabilità geografica della pratica clinica.

L'efficienza considera il rapporto tra risorse impiegate e intervento erogato, considerando anche le modalità di applicazione delle risorse.

L'equità è la capacità del sistema di rispondere ai bisogni di gruppi e singole persone, sulla base dei possibili benefici, indipendentemente da fattori quali l'età, l'etnia, il genere, la disabilità, il livello socioeconomico e la scolarità.

La necessità clinica rappresenta le prestazioni somministrate al paziente e clinicamente necessarie per evitare conseguenze negative sulla propria salute.

La variabilità della pratica clinico-assistenziale, geografica, organizzativa e professionale, consiste nella sussistenza di differenze riscontrate nel ricorso ai servizi che possono essere il risultato di diverse combinazioni di fattori: le caratteristiche dei pazienti (sociodemografiche, gravità clinica), le attitudini dei professionisti (secondo la scuola di riferimento, l'orientamento

personale ma anche il metodo di pagamento vigente), il contesto istituzionale e organizzativo.

In relazione alla fase di pianificazione degli interventi in termini di appropriatezza è necessario formalizzare 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.

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. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI

In ASL Taranto questo tema è declinato nei seguenti punti:

- Formalizzazione e diffusione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, 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:
 - 1) Prevenzione del contagio SARS CoV2 attraverso la stesura di protocolli e procedure nei diversi Presidi Ospedalieri;
 - 2) Aggiornamento continuo della terapia COVID con la codifica relativa all'utilizzo dei farmaci off-label;
 - 3) Istituzione degli ambulatori per la somministrazione degli anticorpi monoclonali nell'HUB Moscati e nei Presidi di Manduria e Castellaneta;
 - 4) Protocolli e procedure relative alla fase post-COVID;
 - 5) Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e istituzione del CICA;
 - 6) Uso di sangue ed emoderivati,
 - 7) Corretta identificazione del paziente (in fase di stesura)
 - 8) Gestione dei risultati critici di laboratorio
 - 9) Somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica;
 - 10) Corretta gestione degli effetti personali con la codifica della procedura relativa ai monili;
- Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica sanificazione, disinfezione e sterilizzazione
- Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani;
- Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi, a

sua volta declinato nei seguenti punti:

- 1) Procedura di segnalazione degli eventi avversi; codifica delle modalità di comunicazione con l'utenza attraverso l'indicazione degli indirizzi mail e telefonici dell'URP e attraverso l'istituzione di contenitori (cassette) per la raccolta di eventuali reclami, al fine di ridurre le possibilità di contenzioso medico-legale.
- 2) Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi attraverso l'individuazione di figure preposte (facilitatori).
- 3) Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

3. 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 valutazione della Direzione Sanitaria Aziendale.

Alla SSD di Medicina Legale e Rischio Clinico 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.

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 della ASL TA.

4. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme di azioni complesse proattive e reattive. Le prime sono messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la

sicurezza del paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili, mentre le seconde concernono la 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 assistenziale.

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.

Come già definito, gli ambiti di intervento relativi alla funzione di gestione del rischio clinico sono quindi principalmente due: proattivo e reattivo.

4.1 APPROCCIO PROATTIVO

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 suddivisi per ambito di applicazione:

- 1) Infezioni Correlate all'Assistenza** (in allegato al presente documento le procedure emanate dal CIOT e consultabili dall'utenza tramite il sito sanità.puglia.it/web/asl-taranto (nella sezione medicina legale e rischio clinico) o dal personale sul sito aziendale NSIA)
- 2) Sicurezza e Qualità delle Cure**
- 3) Emergenza da COVID-19**

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 nelle strutture aziendali (Direzioni Mediche di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, etc), consultabili dall'utenza tramite il sito sanità.puglia.it/web/asl-taranto (nella sezione medicina legale e rischio clinico) o dal personale sul sito aziendale NSIA. In particolare:

- 1) *Protocollo operativo per gli accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – ARTT. 589-Bis Legge N.41/2016*
- 2) *Integrazione del protocollo di gestione degli effetti personali di proprietà dei pazienti/utenti (non COVID e COVID Positivi) nei presidi ospedalieri aziendali*
- 3) *Procedura aziendale per la parto-analgesia*
- 4) *Percorso anestesiologicalo del paziente pediatrico da sottoporre a chirurgia elettiva*
- 5) *Percorso intraospedaliero per l'emorragia cerebrale spontanea*
- 6) *Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il trattamento delle emorragie del tratto digestivo superiore.*
- 7) *La contenzione nelle strutture ospedaliere - Linee di indirizzo*
- 8) *Linee guida aziendali per la corretta gestione della trasfusione*
- 9) *Procedura gestione delle frigoemoteche esterne al SIT*
- 10) *Protocollo gestione degli effetti personali di proprietà degli utenti dei presidi ospedalieri aziendali*
- 11) *Percorso Diagnostico del Dolore Toracico*
- 12) *Protocollo Prevenzione del rischio di Nefropatia da mezzo di contrasto ad elevato rischio di CIN*
- 13) *Protocollo gestione del paziente in Pronto Soccorso*
- 14) *Gestione del cateterismo venoso centrale e periferico*
- 15) *Percorso Diagnostico Terapeutico Doppia Diagnosi*
- 16) *Procedura Comunicazione Valori Panico*
- 17) *Procedura gestione del farmaco*
- 18) *Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale*
- 19) *Procedura per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Pazienti*
- 20) *Protocollo per la Gestione delle Emergenze - Urgenze Psichiatriche*
- 21) *Protocollo utilizzo plasma fresco congelato*
- 22) *Recepimento ed implementazione raccomandazioni ministeriali*
- 23) *Eventi Avversi*
- 24) *Eventi Sentinella*
- 25) *Valutazione preoperatoria*
- 26) *Gestione del dolore*
- 27) *Procedura Foglio Unico di Terapia*
- 28) *Procedura Foglio Unico di Terapia - Allegato*
- 29) *Scheda sicurezza del paziente in sala operatoria*
- 30) *Scheda segnalazione spontanea degli eventi*

- sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali riguardanti la prevenzione e la gestione della pandemia SARS CoV2 in termini di sicurezza del paziente e degli operatori e monitoraggio del loro livello di applicazione nelle strutture aziendali (Direzioni Mediche di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, etc), attraverso l'istituzione di una TASK Force (costituita da Rischio Clinico, Direzione Medica e SPP) all'interno di ogni Struttura Ospedaliera. Tali percorsi e procedure consultabili dall'utenza tramite il sito sanità.puglia.it/web/asl-taranto (nella sezione medicina legale e rischio clinico) o dal personale sul sito aziendale NSIA, sono pubblicate in ordine cronologico in relazione alle diverse fasi della pandemia:



COVID-19
Procedure cliniche per gestione COVID-19



Procedure cliniche per gestione COVID-19

- [PROCEDURE COVID-19 - MARZO - SETTEMBRE 2020](#)
- [AGGIORNAMENTO PROCEDURE COVID-19 - OTTOBRE 2020](#)
- [CAMPAGNA VACCINALE CONTRO SARS-CoV2/COVID 19](#)

► **Procedure Covid19-marzo-settembre 2020:**

- 1) Assistenza alla donna gravida durante emergenza Covid-19
- 2) Trattamento per la cura delle persone con malattia da covid-19 aggiornato agosto 2020
- 3) Trattamento per la cura delle persone con malattia da covid-19 marzo 2020
- 4) Percorso di gestione dell'attività specialistica ambulatoriale
- 5) Percorso di gestione dell'attività ospedaliera in regime di ricovero
- 6) Percorso pazienti pronto soccorso P.O. SS. Annunziata 25/04/2020
- 7) Percorso pazienti pronto soccorso P.O. SS Annunziata 26/06/2020
- 8) Protocollo gestione e trattamento dei pazienti con sindrome coronarica acuta durante emergenza pandemica Covid-19
- 9) Percorso ricoveri Covid-19 ASL Ta
- 10) Procedura per il contenimento del contagio da covid-19 per le strutture di radiologia e neuroradiologia
- 11) Percorso paziente chirurgico sospetto covid-19
- 12) Percorso per paziente con sospetto ictus e sospetta covid-19 che accede al DEA in autopresentazione o tramite 118
- 13) Procedura operativa per il trattamento di pazienti in emodialisi cronica: prevenzione e gestione della infezione da covid-19
- 14) Percorso in endoscopia digestiva del paziente portatore di infezione covid-19 o sospetto covid-19
- 15) Procedura di assistenza alla donna gravida durante emergenza covid-19
- 16) Percorsi assistenziali neonatali covid-19: scenari possibili in neonatologia – UTIN TARANTO
- 17) Protocollo di gestione del paziente pediatrico sospetto covid-19
- 18) Misure adottate presso l'UOC di medicina trasfusionale per il contenimento della diffusione di covid-19
- 19) Procedure implementate dalla S.C. Radioterapia Oncologica a seguito della emergenza covid19
- 20) Raccomandazioni in tema di comportamento da osservare da parte del personale della S.C. di Medicina Nucleare – centro pet nella gestione dell'emergenza covid-19
- 21) Infezione da covid-19 linee guida per la richiesta e l'esecuzione di riscontri diagnostici ed autopsie nella ASL-TA
- 22) Procedura operativa per la gestione delle salme di soggetti deceduti per i quali sia stata accertata positività per covid-19
- 23) Protocollo di assistenza alla donna gravida P.O. VALLE D'ITRIA MARTINA FRANCA ASL TARANTO durante emergenza covid-19
- 24) Percorso rischio epidemiologico covid-19 per i pazienti microcitemici
- 25) Linee di indirizzo gestione pazienti psichiatrici in emergenza - sospetto covid-19
- 26) Riorganizzazione dipartimento dipendenze patologiche per emergenza covid-19

► **Aggiornamento Procedure Covid19-ottobre 2020:**

- 1) Emergenza Covid 19 procedura operativa per la gestione dell'accesso dei partner in sala parto;
- 2) Accesso in sicurezza dei familiari dei pazienti critici in Area Covid e no Covid;
- 3) Procedura di integrazione al manuale per la gestione della barella di biocontenimento;
- 4) Gestione operativa e documentale in caso di paziente o operatore positivo al SARS CoV2;

- 1)  CASA CIRCONDARIALE
- 2)  TERAPIA MALATTIA COVID
- 3)  SETTING ASSISTENZIALE
- 4)  P.O. "SS. ANNUNZIATA" TARANTO
- 5)  P.O. "S.G. MOSCATI" STATTE
- 6)  P.O. "VALLE D'ITRIA" MARTINA FRANCA
- 7)  P.O. "SAN PIO DA PIETRELCINA" CASTELLANETA
- 8)  P.O. "S. MARCO" GROTTAGLIE
- 9)  P.O. "M. GIANNUZZI" MANDURIA
- 10)  CASE DI CURE ACCREDITATE
- 11)  OSPEDALE MILITARE
- 12)  AMBULATORIO IMMUNOLOGIA COVID

► Campagna vaccinale contro SARS-COV2/COVID 19

- 1) *procedura allestimento e trasferimento vaccini anti sars-covid19 Moderna e Astra-Zeneca*
- 2) *procedura n° 21-24-25 allestimento e trasferimento del vaccino anti Sars-Covid 19 denominato Cominarty*
- 3) *Organizzazione campagna vaccinale contro Sars-Covid 19 e procedure di vaccinazione Asl Taranto*
- 4) *Piano di intervento per gestione allarmi -20 desmon e -80 platilab*

- 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, Servizio di prevenzione e protezione aziendale (SPP), Dipartimento di Prevenzione, Farmacia Ospedaliera);
- richiesta di attività formativa sui temi della sicurezza clinica da inserire nel piano aziendale della formazione, in collaborazione con la Formazione ASL Ta;
- attività di AUDIT. In ASL Taranto è eseguita ogniqualvolta vi sia richiesta o pervenga una scheda di segnalazione evento avverso/near miss, una attività di audit, nel contesto della quale si

prende visione, ove necessario della documentazione clinica, ricostruendo il percorso al fine di individuare eventuali criticità. Al termine di tale lavoro sono stilati dei verbali con le relative proposte di miglioramento.

- Safety Walk Round. Nella ASL Taranto è eseguita un'azione di monitoraggio ed implementazione delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, anche attraverso l'esecuzione di Safety Walkaround, ovvero di veri e propri "giro" per i locali e le strutture della ASL TA (UOOO 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:

- 1) 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";
- 2) l'eventuale individuazione e adozione di misure finalizzate ad aumentare la sicurezza del paziente;
- 3) il monitoraggio e l'implementazione delle suddette misure;
- 4) 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 emergenza COVID, grazie alla istituzione di una task force si valuta l'appropriatezza dei percorsi deliberati e le eventuali criticità riscontrate.

4.2 APPROCCIO REATTIVO

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.

La complessità ed il numero delle funzioni è esercitata attraverso una rete della sicurezza clinica in cui la SSD di Rischio Clinico ha funzioni di programmazione e coordinamento.

4.2.1 LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

La ASL Taranto, 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) e del nucleo valutazione sinistri.

Il CVS dell'ASL di Taranto è un organo collegiale composto da membri qualificati afferenti a diverse aree professionali:

- a) Struttura Burocratico Legale;
- a) BROKER;
- b) LOSS ADJUSTER;
- c) COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE;
- d) SSD Rischio Clinico.

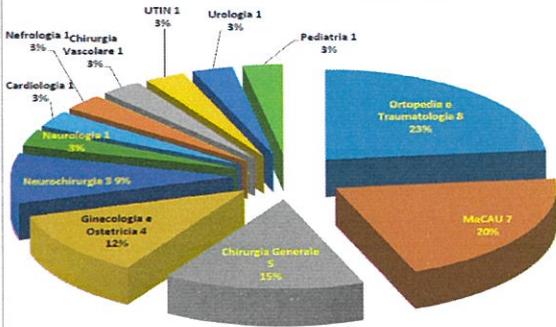
Dal 1 aprile 2017 la SIR di polizza è stata elevata a 800.000.

DATI DI CONTESTO

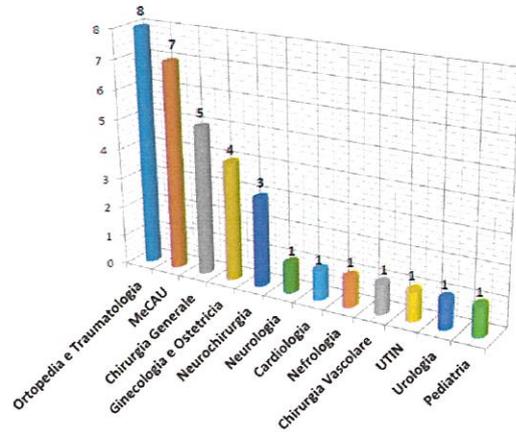
Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive delle richieste di risarcimento pervenute alla SSD Rischio Clinico nel corso del 2020 e distinte per Presidio Ospedaliero.

Si tratta dati rinvenienti dal flusso informativo obbligatorio SIMES.

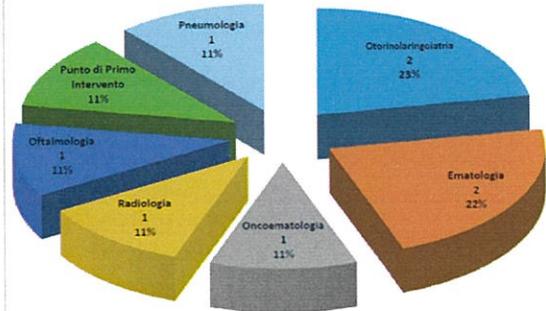
Osp. "SS. Annunziata" Taranto
Sinistri 2020



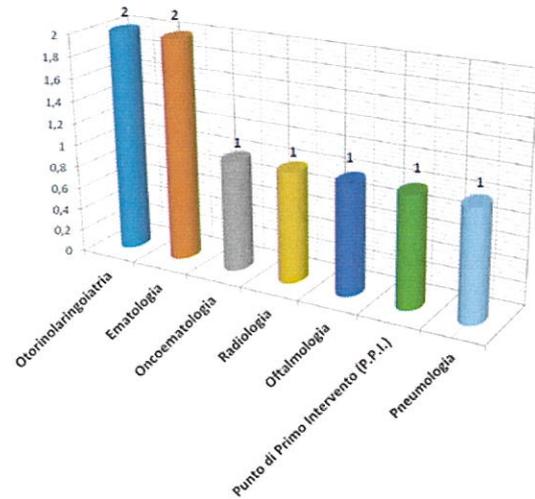
Ospedale "SS. Annunziata" Taranto
N° Sinistri per Unità Operativa



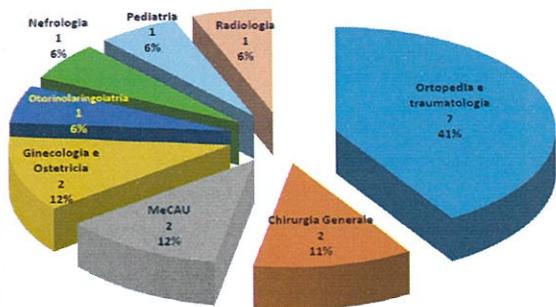
Osp. "San G. Moscati" Statte (TA)
Sinistri 2020



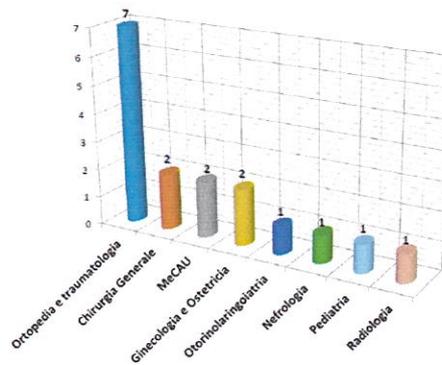
Ospedale "San G. Moscati" Statte (TA)
Sinistri per Unità Operativa

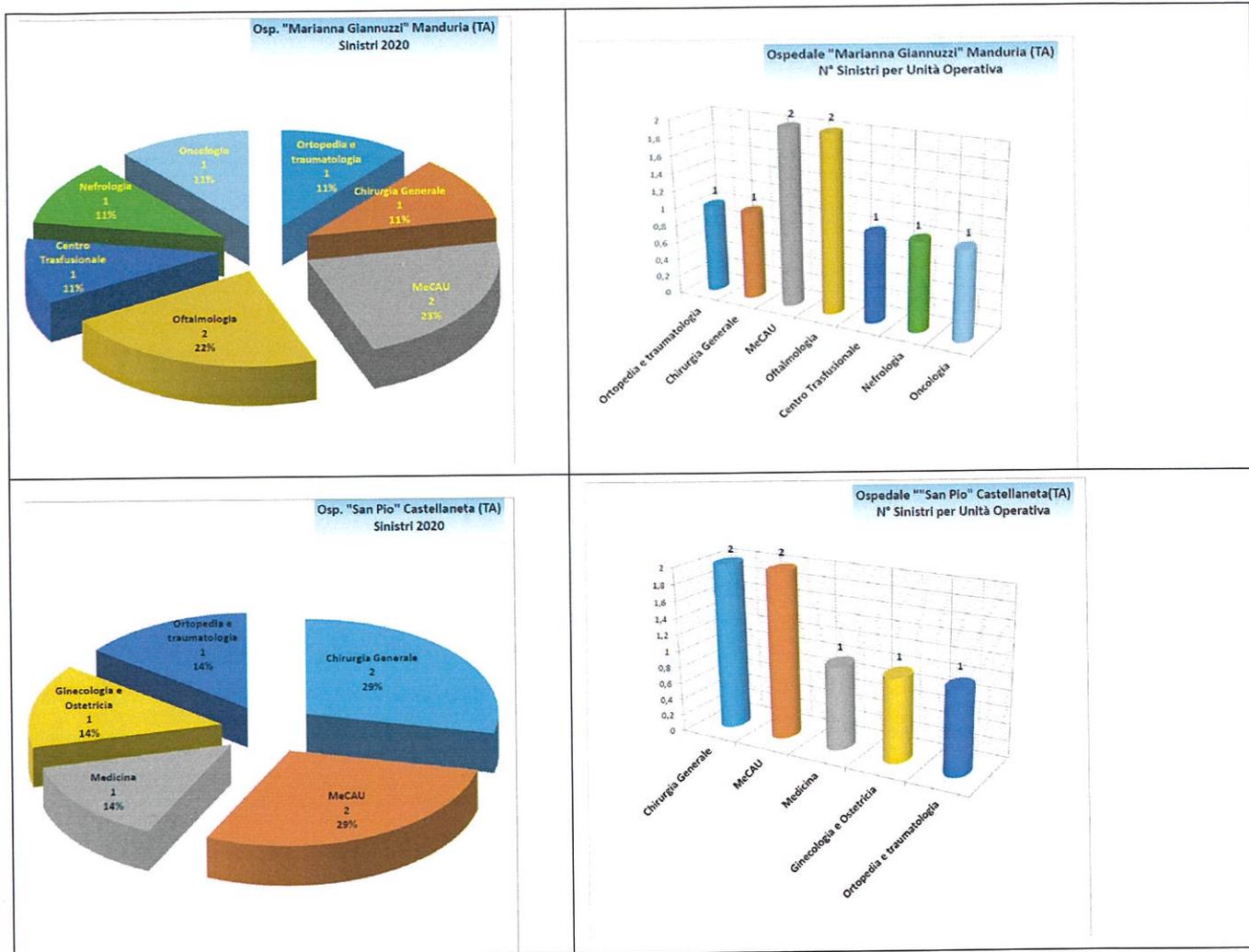


Osp. "Valle d'Itria" Martina Franca (TA)
Sinistri 2020



Ospedale "Valle d'Itria" Martina Franca (TA)
N° Sinistri per Unità Operativa





Nel 2020 sono stati espletati n.7 NVS e n.4 CVS.

4.3 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI

La SSD del Rischio Clinico della ASL di Taranto 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.

In particolare nel 2020 sono stati segnalati n. 4 eventi sentinella.

N. Eventi sentinella anno 2020 per Tipo ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Infortunio sul lavoro	5
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	Trauma Maggiore	1
Totale		6

Nell'anno 2020 sono stati anche segnalati ulteriori 4 near miss 1 EVENTO AVVERSO

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

TIPOLOGIA DI EVENTO	N.
ERRATA SOMMINISTRAZIONE FARMACO	2
NON CORRETTA IDENTIFICAZIONE PAZIENTE PRIMA E DURANTE EMOTRASFUSIONE	2
MORTE DOPO CADUTRA AL PRONTO SOCCORSO	1
Totale	5

Invece il monitoraggio delle segnalazioni delle cadute nell'anno 2020 ha consentito di rilevare quanto segue:

- PO SS Annunziata Mecau 2, Medicina 8, Cardiologia 7, Neurologia 1, Ostetricia 1.
- PO Manduria Chirurgia 3
- PO Castellaneta Medicina 7
- PO Moscati Pneumologia 2, Ematologia 3, Radioterapia 2.
- PO Martina Chirurgia 1, Urologia 1, Cardiologia 1, Ortopedia 1.
- PO Grottaglie Medicina Lungodegenza 4, Medicina 1.
- Clinica Villa bianca-Riabilitazione: 26
- Clinica Bernardini Ortopedia 5, Chirurgia 3, Cardiologia 1, Medicina 9, NCH2, Urologia 1

METODOLOGIA

Modalità di segnalazione degli eventi avversi/cadute

Nella ASL TA 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.

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.

ATTIVITÀ MESSE IN ATTO

In presenza di una segnalazione di evento avverso, near miss o evento sentinella la SSD Risk Management procede a:

- **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.
- **Supporto all'analisi degli eventi sentinella segnalati**
La SSD. 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.
- **Attivazione AUDIT clinico.**
- **Implementazione delle procedure** per la prevenzione dei principali eventi avversi rilevati nel corso dell'anno o nel corso del monitoraggio trimestrale.
- **Promozione**, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, di iniziative volte a monitorare e controllare alcuni fenomeni emergenti dai monitoraggi trimestrali ed annuali.

5. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE

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 quali l'implementazione dei protocolli già esistenti (dolore toracico, emorragia digestiva, emotrasfusione e gestione delle frigoemoteche) ed elaborazione di corsi di aggiornamento continuo riguardo la corretta identificazione del paziente attraverso l'utilizzo dei braccialetti identificativi, la revisione della cartella clinica, la corretta compilazione dei consensi informati.

6. OBIETTIVI DEL PIANO 2022

In accordo con la Direzione Strategica Aziendale, sono definiti per l'anno 2022 i seguenti obiettivi.

OBIETTIVO 1: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA- IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E PREVENZIONE

È previsto:

- l'implementazione degli interventi messi in atto per la prevenzione e controllo della Legionellosi nelle strutture della ASL Taranto.
- Procedure specifiche di prevenzione in collaborazione con il CICA e il CIOT per la prevenzione delle ICA.

OBIETTIVO 2: IMPLEMENTAZIONE E REVISIONE PROCEDURE E PDTA AZIENDALI

Sono previste:

- L'implementazione delle misure di prevenzione delle lesioni da pressione con riferimento alla attuazione di una scheda operativa;
- il completamento della procedura per la corretta identificazione del paziente nella procedura di emotrasfusione (uso del braccialetto identificativo);
- codifica delle procedure di trasferimento secondario dei pazienti;
- attuazione di interventi formativi per la diffusione del protocollo relativo alle stomie già deliberato;
- il completamento della procedura di revisione della cartella clinica;
- il completamento della procedura relativa ai consensi informati nelle varie specialità ed estensione della procedura di raccolta consensi della Breast Unit anche alle altre Unità operative;
- codifica della procedura relativa alla segnalazione degli eventi avversi;
- codifica delle procedure relative alla somministrazione della terza dose nella campagna vaccinale anti-COVID 19.

OBIETTIVO 3: MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE DI RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI/PROCEDURE/PDTA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA CARTELLA CLINICA

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 della safety check list di sala operatoria in un campione di Cartelle cliniche con intervento chirurgico (Racc. Min 2 e 3)	N. cartelle con presenza della lista di controllo/N. cartelle verificate	100%
Corretta compilazione della 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%
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%

Allegato – ALTRE PROCEDURE/PROTOCOLLI/NOTE AZIENDALI CIOT

consultabili dall'utenza tramite il sito sanità.puglia.it/web/asl-taranto (nella sezione medicina legale e rischio clinico) o dal personale sul sito aziendale NSIA.

- *Linee guida Lesioni da pressione*
- *Pocket Schede di medicazioni*
- *Delibera Adozione Protocolli Prevenzione Infezioni Nosocomiali*
- *Procedura Clostridium Difficile*
- *Protocollo Carbapenemasi*
- *Protocollo Emocoltura*
- *Protocollo Scabbia*
- *Brochure Guanti ANIPIO*
- *OMS 2019 - cure pulite per tutti - traduzione*
- *Opuscolo ASL Taranto*
- *Opuscolo Ministero della Salute*
- *Guida al corretto uso di antisettici e disinfettanti*
- *Prevenzione e controllo della trasmissione di infezione da Clostridium difficile*
- *5 Maggio 2020 - Giornata Mondiale del lavaggio delle mani OMS*