

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 99 del 07/02/2022)

OGGETTO: PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'ASL TARANTO PER L'ANNO 2024

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

Premesso 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, i comportamenti e ridurre 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 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;

L'Istruttore: CPS-Infermiere Dr.ssa Irene Friuli

Il Responsabile U.O. Dr Giuseppe Carbotti

I soggetti di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa e dei regolamenti aziendali e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti attestano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

DELIBERA

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

Di approvare il Piano annuale per la gestione del Rischio Clinico nell'ASL Taranto per l'anno 2024 in allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

Di trasmettere il presente provvedimento, a mezzo procedura informatizzata interna ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL che ne assicureranno loro tramite la diffusione Direttori ed ai Responsabili delle Unità Operative interessate.

IL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL' ASL TARANTO PER L'ANNO 2024

Con la sottoscrizione del presente provvedimento, i Direttori attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale e indipendente delle funzioni attribuite, in relazione al procedimento indicato in oggetto ai sensi della normativa nazionale, del codice di comportamento aziendale e del PIAO vigenti.

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.

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO:	ASL_TA
REGISTRO:	DELIBERAZIONI
NUMERO:	354
DATA:	15/02/2024
OGGETTO:	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL' ASL TARANTO PER L'ANNO 2024

Sottoscritto digitalmente da:

dr. Vito Gregorio Colacicco in qualità di Direttore Generale nominato con D.G.R. n. 99 del 07/02/2022
con il parere favorevole del dr. Sante Minerba - Direttore Sanitario
con il parere favorevole del dott. Vito Santoro - Direttore Amministrativo

Struttura proponente : **Rischio Clinico**

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: GIUSEPPE CARBOTTI

Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

0F65A1E095B99919F04B19180733262EC5380A86B1EC
24E653999863DC657970

L'originale del provvedimento indicato nel presente frontespizio, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente e deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-410-2024**

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

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **354**

DATA REGISTRO: **15/02/2024**

NUMERO REPERTORIO: **680**



OGGETTO: **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO NELL'ASL
TARANTO PER L'ANNO 2024**



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA ASL TARANTO PER L'ANNO 2024

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

Responsabile Dott. Giuseppe Carbotti

DIRETTORE GENERALE ASL TARANTO DOTT. V.G. COLACICCO	
DIRETTORE SANITARIO ASL TARANTO DOTT. S. MINERBA	

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	6
5. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI	7
6. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI	8
6.1 APPROCCIO PROATTIVO	9
6.2 APPROCCIO REATTIVO	10
6.3 ANALISI DEL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE	11
6.4 METODOLOGIA DI MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI.....	13
7. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE.....	17
8. OBIETTIVI DEL PIANO 2024	17

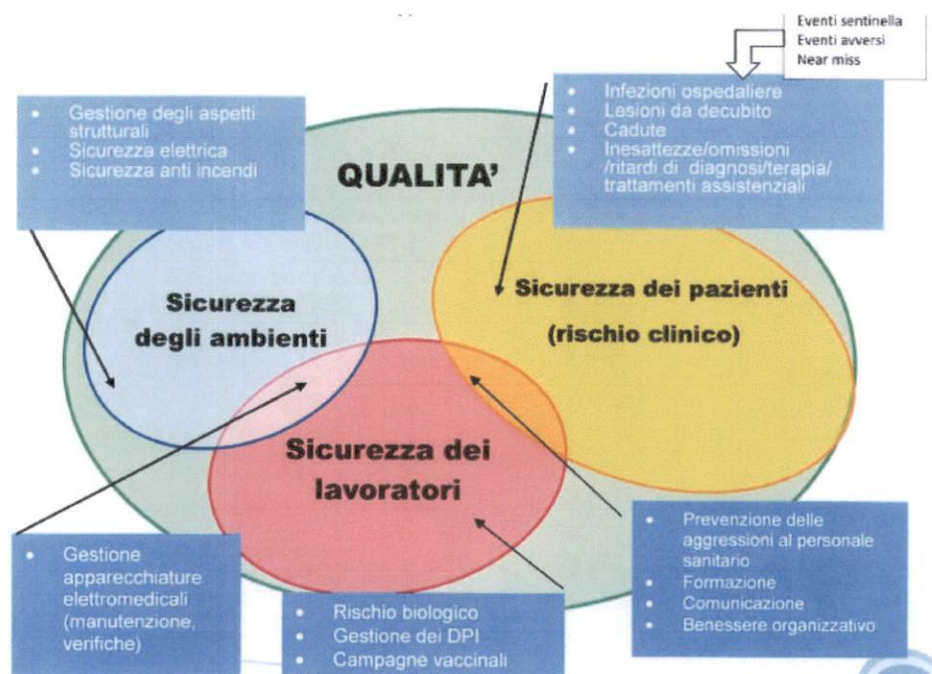
1. PREMESSA

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

Per il suo perseguimento è necessario l'impegno di tutti i soggetti interessati e la sinergia di tutte le figure professionali che operano nel SSR. La sicurezza in sanità si connota, infatti, come fattore trasversale e richiede lo sviluppo e la condivisione di competenze e conoscenze multiprofessionali e la creazione di una comunità interdisciplinare di esperti che, grazie allo scambio continuo delle informazioni e delle esperienze, producono il miglioramento dell'assistenza.

Il Piano annuale di gestione del Rischio Clinico è uno strumento che definisce le azioni programmate per la prevenzione e la gestione del Rischio Sanitario con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio sanitario vuol dire incoraggiare l'organizzazione nel percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di un'Azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il tema della sicurezza delle cure si embrica all'interno dei profili di qualità dell'Azienda e ne costituisce parte integrante.



2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* all'articolo 2 comma 5 prevede che le *“Le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria”*.

Sulla base dell'articolo 3 della Legge 24/2017 è stato istituito con Decreto Ministeriale del 29 settembre 2017 L'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità. L'Osservatorio ha il compito di acquisire dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario i dati relativi ai rischi, agli eventi avversi, agli eventi sentinella e agli eventi senza danno, nonché alle tipologie dei sinistri e alle cause, entità, frequenza ed onere finanziario del contenzioso.

Anche attraverso l'analisi e il monitoraggio di tali dati, l'Osservatorio individua misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. All'Osservatorio viene, inoltre, attribuito il compito di fornire indicazioni alle Regioni sulle modalità di sorveglianza del rischio sanitario, ai fini della sicurezza del paziente e di relazione annualmente il Ministro della Salute sulle attività svolte.

Il Decreto 19 dicembre 2022 (*“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”*) prevede che l'accreditamento istituzionale in favore delle nuove strutture che ne facciano richiesta, o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, è concesso in base alla valutazione, da parte di ciascuna regione e provincia autonoma sia del perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni, sia degli esiti delle attività di controllo vigilanza e monitoraggio delle attività erogate.

Alla base, dunque, dei dettami normativi si ravvisa l'esigenza di promuovere la sicurezza delle organizzazioni sanitarie, anche attraverso la divulgazione al cittadino (attraverso la pubblicazione sul sito internet) di procedure e di protocolli ispirati alle linee guida e alle buone pratiche adeguatamente implementati nella Azienda Sanitaria.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ASL Taranto garantisce l'espletamento delle sue attività attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate in considerazione delle norme generali di organizzazione e del legame di continuità tra assistenza sanitaria e sociale.

In particolare, nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024, si distinguono tre macrostrutture:

- prevenzione;
- territorio;
- rete ospedaliera.

PREVENZIONE: Il Dipartimento di Prevenzione, congiuntamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, organizza e promuove le attività previste dalla legge in materia di tutela della sanità pubblica e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie cronico degenerative e delle disabilità, in collaborazione con gli altri Dipartimenti aziendali competenti, e il miglioramento della qualità della vita.

TERRITORIO: L'attività assistenziale territoriale dell'Azienda si espleta attraverso i Presidi Ospedalieri, i Distretti Socio Sanitari (rappresentano l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, lo strumento attraverso cui vengono erogati i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio articolazione) e i Dipartimenti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA: L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione. La funzione ospedaliera permette all'Azienda di garantire il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non

gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

La ASL Taranto eroga l'assistenza ospedaliera attraverso i seguenti presidi ospedalieri, organizzati in Dipartimenti Funzionali:

- *P.O. Centrale – Ospedale SS. Annunziata; Ospedale S.G. Moscati; Ospedale S. Marco di Grottaglie;*
- *P.O. Occidentale – Ospedale San Pio di Castellaneta;*
- *P.O. Valle d'Itria – Ospedale di Martina Franca;*
- *P.O. Orientale – Ospedale Giannuzzi di Manduria.*

4. 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 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.

5. 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:*
 - Protocollo medicina necroscopica asl Taranto;
 - Procedura di approccio olistico alla cura della persona nei MeCAU;
 - Recepimento, raccomandazione ministeriale n.18 “*Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*” e la Raccomandazione ministeriale n. 19 “*Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solidi*”.
 - PDTA “*Gestione integrata dei pazienti ≥65 anni con frattura di femore*” Attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 06.03.23.
 - Protocollo per la gestione dei neonati con rischio infettivo e/o segni clinici di sepsi ad esordio precoce o tardivo.
 - Utilizzo in sicurezza del gel per esami strumentali
 - Percorso pazienti afferenti al PO Valle d’Itria che vengono sottoposte a chirurgia ginecologica robotica (isterectomia) presso il PO SS. Annunziata di Taranto.
 - Indicazioni operative per l’accesso in sicurezza nelle strutture ospedaliere recepimento delle disposizioni regionali.
 - Indicazioni operative per l’accesso in sicurezza nelle strutture ospedaliere-integrazioni relative all’ingresso dei visitatori-caregiver in ginecologia e ostetricia.
 - Cessazione stato di emergenza D.L 24/2022: indicazioni operative per l’accesso in sicurezza nelle strutture ospedaliere - recepimento delle disposizioni regionali maggio 2023
 - Indicazione operative per l’accesso in sicurezza nelle strutture ospedaliere - recepimento delle disposizioni regionali settembre 2023.

- *Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi, a sua volta declinato nei seguenti punti:*
 - 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.
 - 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).
 - Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

6. 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 dalla Delibera del Commissario Straordinario N 578 Del 16/11/2010, l'Ufficio di Risk Management, deve operare in alcune aree fondamentali.

- Analisi dei reclami e contenziosi, per l'individuazione delle aree a maggiore rischio cui applicare la metodologia FMECA (Failure Mode, Effect and Criticality Analysis):
- Identificazione del rischio, individuazione ed analisi dei rischi ambientali e tecnologici, per l'individuazione delle aree a maggior rischio da governare attraverso regolamenti di sicurezza;

- Analisi dei monitoraggi (indicatori) degli eventi avversi e degli eventi sentinella per assicurare l'attivazione di interventi, ove necessario;
- Analisi dei near misses e delle aree a rischio cui applicare la metodologia FMECA;
- Caratterizzazione dei rischi e individuazione dei livelli di attenzione;
- Definizione delle misure di prevenzione e protezione per lo svolgimento dell'attività;
- Monitoraggio dei soggetti esposti a rischio;
- Individuazione delle aree da monitorare per il controllo del rischio e selezione dei processi da monitorare e degli indicatori significativi di tali processi;
- Analisi e revisione delle cartelle cliniche con la metodica del GLOBAL TRIGGER TOOL.
- Proposizione del piano della sicurezza e delle sue modifiche e integrazioni, per i pazienti e gli operatori, di intesa con l'U.O. di Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Coinvolgimento dell'Ufficio per la formazione permanente nella formazione degli operatori;
- Analisi e soluzione degli aspetti medico legali ed assicurativi;

Gli ambiti di intervento relativi alla funzione di gestione del rischio clinico sono quindi principalmente due: proattivo e reattivo.

6.1 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 C.I.C.A.) 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**
- 2) Sicurezza e Qualità delle Cure**
- 3) Implementazione e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali**

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 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.
- alimentazione dei flussi informativi istituzionali (SIMES) ed attività relativa allagestione 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;
- 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.

6.2 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 autogestione, gestione medico-legale diretta del contenzioso con visita medico-legale e richiesta dei pareri specialistici;
- attività nell'ambito del Nucleo di Valutazione Sinistri (NVS), i componenti vengono nominati

attingendo dal personale dipendente dell'Azienda con specifiche competenze nella gestione del rischio clinico e tra gli specialisti in Medicina Legale unitamente alla figura del Loss Adjuster e personale afferente alla Struttura Burocratico-Legale.

- attività nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Il CVS dell'ASL di Taranto è un organo collegiale composto da membri qualificati afferenti a diverse aree professionali:
 - Struttura Burocratico Legale
 - Broker;
 - Loss Adjuster;
 - Compagnia di Assicurazione;
 - SSD Rischio Clinico.
- 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.

6.3 ANALISI 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 (NVS). È attivato un servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità civile verso terzi (polizza n. 170467 stipulata con Relyens a decorrere dal 1° aprile 2023), la cui garanzia RCT opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) di € 450.000,00.

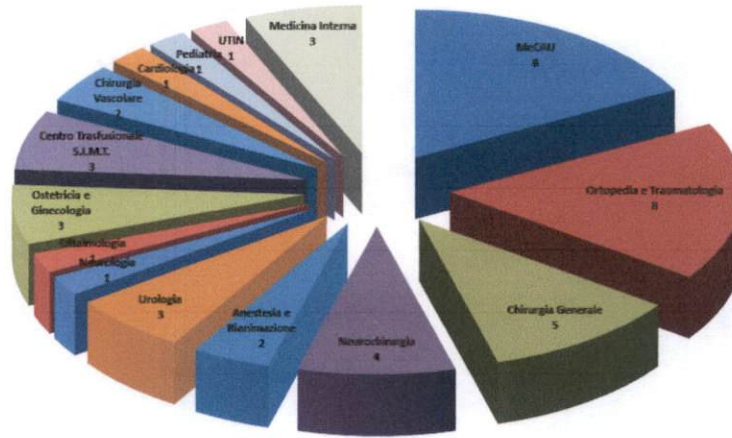
DATI DI CONTESTO

Nell'anno 2023 sono state aperte n. 107 istruttorie medico-legali a seguito di richiesta di risarcimento per malpractice, mediazione e/o ricorsi ex 696 bis.

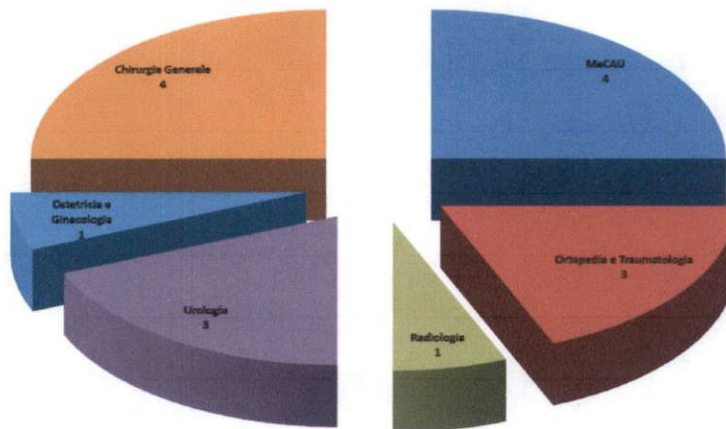
Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive delle richieste di risarcimento pervenute alla SSD Rischio Clinico nel corso del 2023 e distinte per Presidio Ospedaliero.

Si tratta dati rinvenuti dal flusso informativo obbligatorio SIMES.

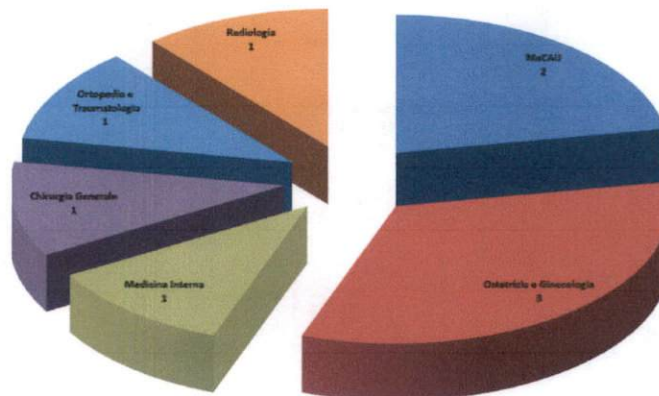
Presidio Ospedaliero Centrale "SS. Annunziata" Taranto
Sinistri 2023

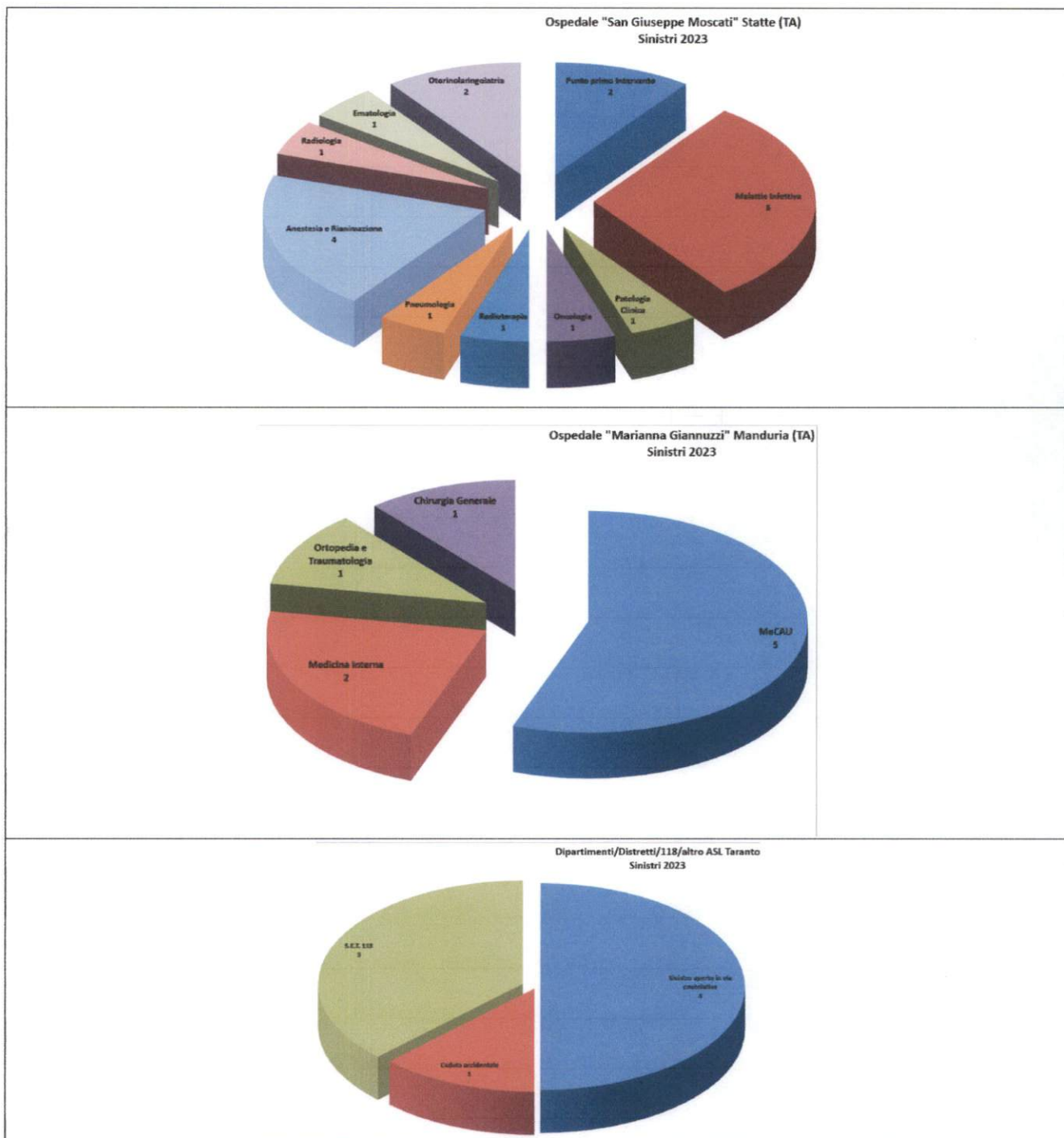


Ospedale "Valle d'Itria" Martina Franca (TA)
Sinistri 2023



Ospedale "San Pio" Castellaneta (TA)
Sinistri 2023





6.4 METODOLOGIA DI 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.

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 Rischio Clinico procede a:

- **Richiesta di relazione sugli eventi avversi**, stimolando in questo modo l'analisi approfondita del caso.
- **Supporto all'analisi degli eventi sentinella segnalati**, finalizzato 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.

- **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.

Nel 2023 sono stati segnalati i seguenti eventi sentinella.

Eventi sentinella anno 2023 per Tipo ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	N.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	28

N. Near Miss e Eventi Avversi, per Tipo, Fattori contribuenti e Azioni di miglioramento

TIPO DI EVENTO	NUMERO	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
NEAR MISS	2		
MANCATA CORRISPONDENZA PRELIEVO CONTROLLO PRETRASFUSIONALE – CON DATI PAZIENTE)	2	Incongrua etichettatura prelievo controllo	AUDIT finalizzato alla pianificazione di: -Formazione Obbligatoria corso emotrasfusione -Procedura sulla corretta identificazione del paziente tramite braccialetto identificativo -Safety Walk around nei PPOO della ASL Ta per la verifica del corretto approvvigionamento del materiale per la stampa del braccialetto
EVENTI AVVERSI	3		

ERRATA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO CHEMIOTERAPICO IN DH ONCOLOGIA	1	Mancata sorveglianza del paziente	Audit miglioramento pianificazione del lavoro
INAPPROPRIATEZZA DI RICOVERO IN PAZIENTE PEDIATRICO PER MANCATA APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	1	Carente comunicazione Non conoscenza della procedura aziendale	Audit finalizzato alla divulgazione della procedura aziendale
INAPPROPRIATEZZA DI RICOVERO IN PAZIENTE TRASFERITA DA ALTRO PRESIDIO	1	carente comunicazione tra i professionisti coinvolti assenza della procedura aziendale	audit finalizzato alla redazione di una procedura aziendale per la gestione delle urgenze chirurgiche

TIPO DI EVENTO	PRESIDIO OSPEDALIERO/STRUTTURA	NUMERO TOT.
CADUTA DEL PAZIENTE	PO SANTISSIMA ANNUNZIATA	41
	PO GIANNUZZI MANDURIA	3
	PO VALLE D'ITRIA MARTINA FRANCA	16
	PO MOSCATI STATTE	22
	PO SAN MARCO GROTTAGLIE	8
	PO SAN PIO CASTELLANETA	23
	CLINICA VILLA BIANCA	30

7. 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.

8. OBIETTIVI DEL PIANO 2024

In accordo con la Direzione Strategica Aziendale, sono definiti per l'anno 2024 i seguenti obiettivi.

OBIETTIVO 1: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN “CORSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO”	
Attività Favorire la conoscenza e la divulgazione degli elementi di <i>Rischio Clinico e degli strumenti di segnalazione</i> come l'Incident Reporting	Pianificazione Corso di formazione che interessa gli operatori sanitari di tutti i reparti
OBIETTIVO 2: IMPLEMENTAZIONE AZIENDALE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REVISIONE DI QUANTO GIA' CODIFICATO	
Attività Creazione di gruppi di lavoro specifici multiprofessionali per ciascuna Raccomandazione Ministeriale. Revisione di quanto esistente ed implementazione di quanto non deliberato	Pianificazione Delibera e divulgazione con le Direzioni Mediche di Presidio dei protocolli. Presentazione in giornate dedicate con focus group costituiti dai facilitatori dei Reparti.
OBIETTIVO 3: MAPPATURA DEL RISCHIO AZIENDALE	

<p>Attività Revisione delle cartelle cliniche con metodica global trigger tool e identificazione dei rischi nelle aree a maggiore soccombenza.</p>	<p>Pianificazione Creazione di gruppi di lavoro per l'identificazione dei "processi critici" all'interno della Struttura Operativa e la codifica di percorsi che aumentino la sicurezza delle cure.</p>
<p>OBIETTIVO 4: CODIFICA DEL PERCORSO DI GESTIONE DELL'URGENZA/EMERGENZA IN SALA OPERATORIA</p>	
<p>Attività Attuazione di una procedura di gestione dell'urgenza/emergenza in Sala Operatoria. Revisione della modulistica presente. Codifica dei percorsi di pianificazione delle sale operatorie per "urgenze esterne".</p>	<p>Pianificazione Delibera e divulgazione della procedura. Formazione degli operatori sanitari coinvolti, anche relativamente alla nuova modulistica</p>
<p>OBIETTIVO 5: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARIO COINVOLTI NELL'EVENTO NASCITA</p>	
<p>Attività Formazione degli operatori sanitari sulle problematiche neonatologiche e sul percorso STAM e STEN</p>	<p>Pianificazione Corsi di aggiornamento teorico pratici in più edizioni sul campo con il ricorso a setting clinici simulati al fine di ricreare scenari di emergenza relativi al neonato in sala parto.</p>
<p>OBIETTIVO 6: CODIFICA DELLA PROCEDURA DI TELERADIOLOGIA/TELEREFERTAZIONE</p>	
<p>Attività Attuazione della procedura di gestione della telerefertazione/telegestione aziendale</p>	<p>Pianificazione Delibera e divulgazione della procedura. Formazione degli operatori sanitari coinvolti, anche relativamente alla nuova modulistica</p>
<p>OBIETTIVO 7: CODIFICA PERCORSO TERRITORIO- OSPEDALE DEL PAZIENTE CON EMORRAGIA DEL TRATTO RESPIRATORIO E GASTROINTESTINALE</p>	
<p>Attività Individuazione delle criticità del processo assistenziale soprattutto in relazione alle tempistiche di management del paziente critico e alla sede di gestione dello stesso.</p>	<p>Pianificazione Redazione di un PDTA congiunto con il Servizio di Emergenza Territoriale 118 che permetta di individuare il percorso migliore/più sicuro per la gestione del paziente emorragico.</p>

OBIETTIVO 8: CODIFICA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE RELATIVO AL TRASPORTO DEL PAZIENTE CRITICO

Attività

Individuazione delle risorse necessarie. Codifica delle condizioni di criticità del paziente in relazione alle quali è individuata l'equipe di trasferimento.

Valutazione della modulistica utilizzata nei vari presidi.

Pianificazione

Redazione di un protocollo di codifica del percorso assistenziale relativo al trasporto del paziente, con l'individuazione univoca delle risorse necessarie in ogni Presidio. Utilizzo della medesima modulistica in ogni Presidio Ospedaliero.