



IRCCS  
Saverio de Bellis

**PugliaSalute**

**PIANO DI RISK MANAGEMENT**

Piano di  
RISK MANAGEMENT  
Anno 2021 DEL 11.01.2021

## PIANO DI RISK MANAGEMENT

### Sommario

1	Premessa. Il Piano di Risk Management .....	3
2	Obiettivi strategici e linee d'intervento .....	4
3	Progetto "CORSO DI FORMAZIONE SUL RISK MANAGEMENT" .....	4
3.1	Obiettivi del Progetto .....	4
3.2	OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA' .....	4
4	PROGETTO: "RILEVAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE DEI PAZIENTI NELLE DIVERSE ARTICOLAZIONI AZIENDALI" .....	5
4.1	INTRODUZIONE .....	5
4.2	OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA' .....	5
5	PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI" .....	5
5.1	INTRODUZIONE .....	5
5.2	OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA' .....	7
6	PROGETTO: "PREVENZIONE DEL RISCHIO E CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE NELL'IMMEDIATO POSTOPERATORIO" .....	7
6.1	INTRODUZIONE .....	7
6.2	OBIETTIVI , TEMPI, RESPONSABILITA' .....	8
7	PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CATETERI" .....	8
7.1	INTRODUZIONE .....	8
7.2	OBIETTIVI , TEMPI, RESPONSABILITA' .....	8
8	PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE" .....	9
8.1	INTRODUZIONE .....	9
8.2	OBIETTIVI , TEMPI, RESPONSABILITA' .....	9
9	PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN PAZIENTI ANZIANI" .....	9
9.1	INTRODUZIONE .....	9
9.2	OBIETTIVI, TEMPI E RESPONSABILITA' .....	10

## **1 Premessa. Il Piano di Risk Management**

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, è stato nominato il seguente gruppo di lavoro con funzione di coordinamento, controllo e sviluppo della politica di gestione del rischio clinico:

- Direzione Sanitaria
- Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
- Responsabile Sistema di qualità
- Tutti I Responsabili delle unità funzionali

Il Gruppo ha lavorato alla stesura del Piano di Risk Management per l'anno in corso, dibattendo al suo interno gli obiettivi da perseguire e le azioni da mettere in campo per una gestione integrata del rischio, a partire dall'analisi dei rischi e degli errori maggiormente rilevanti, per frequenza e significatività, nell'ambito delle attività presenti in azienda.

Dalla realizzazione delle attività di risk management che si andranno a programmare, ci si attende nel lungo periodo il conseguimento dei seguenti risultati:

- messa a regime di un sistema di rilevazione, valutazione e correzione dei rischi e degli errori;
- sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di in appropriatezza;
- riduzione degli errori e dei sinistri;
- riduzione dei costi del contenzioso;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e dell'operatore, e più vicina al paziente.

La definizione del Piano di Risk Management per l'anno in corso, non può prescindere nei suoi contenuti dall'analisi dei risultati attuali raggiunti dalla struttura.

*Gli interventi attuati nel periodo antecedente all'emissione del presente piano sono stati i seguenti*

- Rilevazione, analisi e valutazione dei rischi e delle opportunità, nelle diverse articolazioni aziendali, a partire dai flussi informativi già esistenti.
- Implementazione dei requisiti richiesti dalle normative vigenti in materia di gestione degli eventi avversi e dei near misses
- Farmacosorveglianza (attività di ispezione e verifica).
- Monitoraggio delle segnalazioni e reclami pervenuti dagli utenti/pazienti negli ultimi anni.
- Avvio delle azioni di monitoraggio degli obiettivi

## 2 Obiettivi strategici e linee d'intervento

*L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).*

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, *gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno in corso sono di seguito elencati*

## 3 Progetto "CORSO DI FORMAZIONE SUL RISK MANAGEMENT"

### 3.1 Obiettivi del Progetto

L'accadimento di un evento avverso, ovvero la "probabilità che il paziente subisca un danno o disagio imputabile alle cure prestate durante il periodo di degenza", solitamente è il risultato dell'interazione di numerosi fattori, umani, tecnici, organizzativi e di processo.

Il riconoscimento della complessità del Sistema Sanitario rende necessario un approccio multidisciplinare che ben si evidenzia nella costituzione del "Gruppo di Coordinamento Aziendale del Risk Management". Allo stesso modo appare necessario un adeguato aggiornamento formativo rivolto ai componenti del Gruppo in parola, che permetta il continuo approfondimento dei diversi aspetti della tematica del rischio e che permetta un confronto con professionalità anche provenienti da settori diversi da quello sanitario.

*L'obiettivo generale che s'intende perseguire attraverso il continuo aggiornamento è dunque quello di accrescere le conoscenze e le abilità necessarie per :*

- Rilevare, analizzare e valutare in modo sistematico i fenomeni di interesse (quali reclami, contenziosi, incidenti e rischi strutturali, organizzativi e professionali);
- Individuare le priorità di intervento elaborando progetti di intervento e/o miglioramento;
- Mettere in atto gli interventi progettati ed ottimizzare i processi organizzativi al fine di ridurre il rischio;
  - Misurare "sul campo" i risultati raggiunti nelle varie articolazioni aziendali;
 Divulgare periodicamente i dati raccolti.

### 3.2 OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA'

ATTIVITA' DA COMPIERE	TEMPI	RESPONSABILITA'	MODALITA'	INDICATORE
-----------------------	-------	-----------------	-----------	------------

**PIANO DI RISK MANAGEMENT**

		<i><b>E RISORSE</b></i>		
FORMAZIONE CONTINUA AL PERSONALE INCARICATO PARTECIPANTE AL GRUPPO DI RISK MANAGEMENT	<i>ENTRO DICEMBRE 2021</i>	<i>DIREZIONE</i>	<i>FORMAZIONE</i>	<i>VALUTAZIONE EFFICACIA DELLA FORMAZIONE</i>

**4 PROGETTO: “RILEVAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE DEI PAZIENTI NELLE DIVERSE ARTICOLAZIONI AZIENDALI”**

**4.1 INTRODUZIONE**

Parlare di errore in medicina significa in questa ottica parlare di sicurezza dell'ambiente sanitario e del paziente. La principale finalità di una buona organizzazione è proprio quella di mettere in condizione i professionisti sanitari di poter esprimere il meglio della loro professionalità e competenza, in assoluta sicurezza per loro e per i loro pazienti.

**4.2 OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA’**

<b>ATTIVITA’ DA COMPIERE</b>	<b>TEMPI</b>	<b>RESPONSABILITA’ E RISORSE</b>	<b>MODALITA’</b>	<b>INDICATORE</b>
PREANALISI DEL RISCHIO RELATIVAMENTE ALLE ATTIVITÀ DI PROCESSO	<i>ENTRO LUGLIO 2021</i>	<i>RISK MANAGER DIREZIONE SANITARIA/ INFERMIERI</i>	<i>VALUTAZIONE CONTESTO AZIENDALE -REVISIONE ANALISI RISCHI - IMPLEMENTAZIONE NUOVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</i>	<i>EVENTI AVVERSI/ANNO</i>

**5 PROGETTO: “PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI”**

**5.1 INTRODUZIONE**

Un particolare tipo di movimentazione dei carichi è costituito dalla movimentazione dei pazienti. I luoghi di cura o ricovero sono infatti gli unici luoghi in cui ad essere sollevati sono gli esseri umani. In questo caso il sollevamento non è una questione puramente meccanica ma ha a che fare anche

## PIANO DI RISK MANAGEMENT

con i percorsi di terapia, con le condizioni psico-fisiche dei pazienti e con gli aspetti relazionali e comunicativi.

Nella movimentazione di un paziente non autosufficiente, agire da soli o comunque non riflettendo su quello che si sta per fare può essere pericoloso per il rachide. Infatti, le azioni che si devono compiere devono essere intraprese applicando le corrette manovre di movimentazione, riflettendo quindi su come creare una buona base di appoggio e un giusto equilibrio, scomponendo il movimento in più fasi, pensando alle prese giuste, disponendo correttamente le attrezzature.

Il tipo di manovra più adatta sarà in relazione alle caratteristiche del paziente: necessita di massima assistenza o deve solo essere stimolata la sua attiva collaborazione? Per la scelta del comportamento più idoneo è necessario consultare il piano di assistenza personalizzata del paziente.

Alcuni di questi principi devono essere inoltre, sempre tenuti presenti nell'esecuzione di qualunque altro tipo di operazione che comporti, spesso attraverso una frequente e prolungata flessione della schiena, l'assunzione di posizioni che, da un punto di vista ergonomico, sono potenzialmente dannose per la nostra schiena.

Le metodiche di trasferimento possono variare in relazione all'entità / tipologia della disabilità del paziente, a tal fine è utile suddividere questi ultimi in due categorie:

Paziente non collaborante: Il paziente non può aiutare il movimento né con gli arti superiori né con gli arti inferiori (es.: tetraparetico, anziano allettato, paziente in anestesia generale, in coma, paziente che oppone resistenza alla mobilizzazione, ecc.).

Paziente parzialmente collaborante: Il paziente può sfruttare una residua capacità di movimento (es.: emiplegico, paraplegico, paziente in fase di recupero funzionale, ecc.).

Infine sono rilevanti le modalità comportamentali degli operatori:

- evitare di flettere la schiena, utilizzando la flessione delle ginocchia;
- ampliare la base di appoggio, e quindi le condizioni di equilibrio, allargando e flettendo le gambe, in senso trasversale o longitudinale a seconda della direzione dello spostamento. Nel caso di trasferimenti o spostamenti al letto del paziente, appoggiare un ginocchio sul letto;
- avvicinarsi il più possibile al paziente da spostare;
- garantire una buona presa del paziente (presa crociata, sottoscapolare, zona cavo popliteo), eventualmente con uso di ausili tipo cintura ergonomica, prima di iniziare qualsiasi operazione di movimentazione;
- durante la mobilizzazione impartire le indicazioni con parole, frasi e gesti semplici.

ed il corretto ricorso agli ausili manuali che possono essere utilizzati:

- Nei passaggi posturali dei pazienti sul letto di degenza;
- Per alzare dal letto il paziente
- Per aiutare il paziente nella deambulazione
- Per il passaggio del paziente da letto a barella
- Per il passaggio del paziente da letto a carrozzina
- Nello spostamento paziente dal letto di degenza al letto operatorio

## PIANO DI RISK MANAGEMENT

- Per il posizionamento, in sala operatoria, del paziente così come richiesto negli specifici interventi

### Riferimenti normativi:

D. Lgs. 81/08 (Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro) e successive modifiche

### 5.2 OBIETTIVI- AZIONI E RESPONSABILITA'

ATTIVITA' DA COMPIERE	TEMPI	RESPONSABILITA' E RISORSE	MODALITA'	INDICATORE
CORSO DI FORMAZIONE SUL RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE PAZIENTI	1 ANNO	RISK MANAGER DIREZIONE SANITARIA OPERATORI INTERESSATI	PIANIFICAZIONE ANNUALE FORMAZIONE	% PERSONALE FORMATO

## 6 PROGETTO: "PREVENZIONE DEL RISCHIO E CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE NELL'IMMEDIATO POSTOPERATORIO"

### 6.1 INTRODUZIONE

Pianificare una corretta gestione del paziente nell'immediato postoperatorio al fine di individuare precocemente le complicanze e ridurre il rischio delle stesse.

Il periodo del postoperatorio immediato è rappresentato dalle prime 24 ore dopo l'intervento e le eventuali complicanze sono direttamente proporzionate a:

- Gravità delle condizioni cliniche
- Durata dell'anestesia
- Complessità delle soluzioni chirurgiche adottate

Il trasferimento del paziente operato dalla sala operatoria al reparto è subordinato ai seguenti criteri:

- Ventilazione spontanea efficace (senza assistenza)
- Scambi gassosi stabili (senza apporto di ossigeno)
- Stabilità emodinamica
- Stato di coscienza normale
- Riflessi di protezione delle vie aeree presenti
- Assenza di brividi, normotermia augurabile
- Recupero motorio dopo anestesia locoregionale

## PIANO DI RISK MANAGEMENT

- Assenza di sanguinamento manifesto o di altra complicanze chirurgiche

Con il trasferimento del paziente in Reparto inizia la fase del monitoraggio e della terapia postoperatoria.

La gestione del paziente in Reparto prevede una valutazione dello status respiratorio, circolatorio e mentale, con particolare attenzione al dolore e all'adeguatezza della terapia analgesica.

Per quanto sopra esposto si è ritenuto opportuno, con il supporto del Responsabile del Servizio di Anestesia e dei Responsabili delle Unità Funzionali del Raggruppamento Chirurgico di rimodulare, con gli opportuni aggiornamenti, la scheda di rilevazione dei parametri vitali del post-operatorio, la cui compilazione viene affidata agli infermieri di reparto.

### 6.2 **OBIETTIVI, TEMPI, RESPONSABILITA'**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>RESPONSABILITA' E RISORSE</b>	<b>MODALITA'</b>	<b>INDICATORE</b>
Riduzione del rischio di complicanze del postoperatorio	Controllo semestrale della Direzione	Direzione sanitaria Responsabile Servizio Anestesia	Corretta compilazione della nuova scheda parametri del post-operatorio	% di complicanze rilevate % eventi avversi

## 7 **PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CATETERI"**

### 7.1 **INTRODUZIONE**

Per cateterismo vescicale si intende l'introduzione provvisoria o permanente di un catetere Sterile in vescica per via transuretrale o sovrappubica a scopo diagnostico, terapeutico o evacuativo.

Il cateterismo si definisce a breve permanenza (o a breve termine) quando il catetere è mantenuto in sede per pochi giorni (al massimo fino a 2 settimane); quando invece il catetere è mantenuto per un periodo più lungo si definisce cateterismo a lunga permanenza (o a lungo termine).

Il catetere deve essere rimosso appena possibile per il rischio di infezioni. Le infezioni delle vie urinarie coprono dal 20 al 40% di tutte le infezioni ospedaliere e nell'80% dei casi sono associate all'uso del catetere. La maggior parte degli studi sostiene che dal 10 al 30% dei soggetti cateterizzati a breve termine sviluppa batteriuria (spesso asintomatica) e dopo 30 giorni di cateterismo si trovano batteri nelle urine di tutti i soggetti.

Le infezioni associate all'uso del catetere a breve permanenza prolungano la degenza media da 2,4 a 4,5 giorni e sembrano associate a un aumento della mortalità ospedaliera. Uno dei più importanti fattori nella gestione dei pazienti cateterizzati è quindi la prevenzione delle infezioni. Gli interventi mirano a evitare la contaminazione intra o extraluminale nel sistema di drenaggio.

### 7.2 **OBIETTIVI, TEMPI, RESPONSABILITA'**

**PIANO DI RISK MANAGEMENT**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>RESPONSABILITA' E RISORSE</b>	<b>MODALITA'</b>	<b>INDICATORE</b>
<i>TENUTA SOTTO CONTROLLO DI TIPOLOGIA, CALIBRO E TEMPI DEI TEMPI DI APPLICAZIONE DI CATETERI VESCICALI</i>	<i>ANNUALI IN SEDE DI RIESAME DELLA DIREZIONE</i>	<i>Risk Manager Direzione Sanitaria Infermiere</i>	<i>REGISTRAZIONE IN CARTELLA CLINICA</i>	<i>NON CONFORMITA' RILEVATE DURANTE GLI AUDIT CLINICI</i>

**8 PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE"**

**8.1 INTRODUZIONE**

Il Ministero della Salute nel novembre 2011 ha emanato la Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati in ambiente sanitario in cui ricorda che "le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi ed, in alcuni casi, la morte." Le cadute e le loro conseguenze provocano un allungamento della degenza, un aumento della disabilità, un aumento della spesa pubblica e del contenzioso medico-legale.

Le persone coinvolte sono soprattutto anziane, defedate, con ridotta autonomia funzionale, con problemi osteoarticolari o affette da patologie neurologiche, anche degenerative, quali demenza o M. di Alzheimer.

**8.2 OBIETTIVI, TEMPI, RESPONSABILITA'**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>RESPONSABILITA' E RISORSE</b>	<b>MODALITA'</b>	<b>INDICATORE</b>
<i>Monitoraggio del numero di cadute</i>	<i>ANNUALI IN SEDE DI RIESAME DELLA DIREZIONE</i>	<i>DIREZIONE</i>	<i>monitoraggio</i>	<i>Numero cadute pazienti/anno</i>

**9 PROGETTO: "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN PAZIENTI ANZIANI"**

**9.1 INTRODUZIONE**

## PIANO DI RISK MANAGEMENT

La terapia farmacologica è essenziale, quando ci si prende cura di pazienti anziani, ma chiaramente è una spada a doppio filo. I pazienti anziani sono ad alto rischio di avere interazioni farmacologiche, ma la prevalenza di queste interazioni non è ben documentata. Esistono diversi tipi di interazioni: farmaco-farmaco, farmaco-malattia, farmaco-cibo, farmaco-alcool, farmaco-prodotti a base di erbe e farmaco-stato nutrizionale. Quando si valutano le interazioni farmacologiche, si deve tener conto di fattori quali modifiche nella farmacocinetica e nella farmacodinamica, fragilità, variabilità interindividuale, ridotti meccanismi omeostatici e problemi psicosociali.

I pazienti anziani sono ad alto rischio di interazioni farmacologiche, in quanto assumono molti farmaci, hanno varie comorbidità e possono non mantenere un adeguato stato nutrizionale. Inoltre, il prodotto di cure che hanno avuto successo ha creato un nuovo gruppo di pazienti con organi trapiantati, problemi di salute mentale e pazienti affetti da HIV che sono sopravvissuti fino alla tarda età. Pazienti con queste patologie hanno assunto nuove classi di farmaci che sono comunemente associati ad interazioni farmacologiche.

Sebbene l'attuale incidenza e prevalenza di eventi avversi a farmaco sia incerta, essi rappresentano un importante problema di salute e sono in genere prevedibili. Per esempio, Gurwitz e coll. riportano che il 13% delle prescrizioni erranee prevenibili scoperte in pazienti ambulatoriali implicavano interazioni farmacologiche.

Uno studio ha dimostrato un incremento di morbilità e di mortalità associato alla iperkaliemia in pazienti anziani con scompenso cardiaco. La interazione tra lo spironolattone e gli ACE-inibitori o altri disordini medici che aumentano il rischio di iperkaliemia hanno sicuramente contribuito ai risultati.

Gli obiettivi di questo lavoro sono quelli di informare i medici delle diverse interazioni farmacologiche che possono avvenire negli anziani, rivedere come potrebbero portare ad eventi avversi, proporre strategie per svelarle, gestirle e prevenirle.

### 9.2 OBIETTIVI, TEMPI E RESPONSABILITA'

<b>OBIETTIVI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>RESPONSABILITA' E RISORSE</b>	<b>MODALITA'</b>	<b>INDICATORE</b>
<i>Monitoraggio del numero eventi avversi da farmaco</i>	<i>ANNUALI IN SEDE DI RIESAME DELLA DIREZIONE</i>	<i>DIREZIONE</i>	<i>monitoraggio</i>	<i>Numero eventi avversi/anno</i>