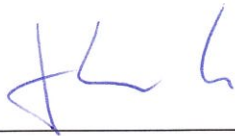




PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA ASL TARANTO PER L'ANNO 2023

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

Responsabile referente Dr Giuseppe Carbotti

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

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	7
4.1 APPROCCIO PROATTIVO	8
4.2 APPROCCIO REATTIVO	9
4.2.1 LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE	10
DATI DI CONTESTO	10
4.3 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI	13
4.4 SAFETY WALKROUND	16
5. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE	17
6. OBIETTIVI DEL PIANO 2023	17
OBIETTIVO 1: PROCEDURA DI GESTIONE DEI SINISTRI	17
OBIETTIVO 2: PROCEDURE E PDTA AZIENDALI	17

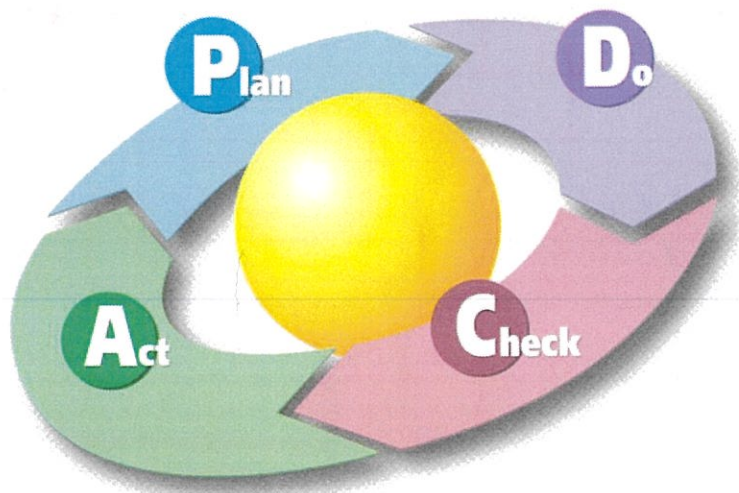
1. PREMESSA

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:*
 - Indicazioni operative per la gestione dell'attuale fase pandemica-recepimento delle disposizioni regionali;
 - Recepimento della circolare regionale screening dell'infezione da Sars Cov2 in pazienti destinati al ricovero in elezione o in urgenza - accessi nelle strutture sanitarie e sociosanitarie - aggiornamento delle indicazioni;
 - Percorso paziente covid-19 territorio, criteri di ospedalizzazione e setting di ricovero - revisione 11.01.2022;
 - Percorso aziendale per la somministrazione di anticorpi monoclonali in profilassi pre- esposizione al covid-19;
 - Revisione del protocollo operativo per gli accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – ARTT. 589-Bis Legge N.41/2016;
 - Consensi informati per l'esecuzione delle procedure interventistiche in pneumologia;
 - Procedura operativa del corretto riconoscimento del paziente ed utilizzo del braccialetto identificativo;
 - Percorso in sicurezza del paziente nel blocco operatorio;
 - Protocollo trasfusionale per l'emorragia massiva;
 - Percorso in sicurezza del paziente nel blocco operatorio del PO San Pio Castellaneta;
 - Procedura aziendale per la gestione clinico-assistenziale dei pazienti extralocati nel Presidio Ospedaliero Centrale;

- Percorso pazienti che vengono sottoposte a chirurgia ginecologica robotica presso il PO SS Annunziata di Taranto;
- Procedura operativa aziendale sull'uso del bioluminometro;
- *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.

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 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 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.

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**
- 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.
- 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.
- 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.

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 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.

4.2.1 LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

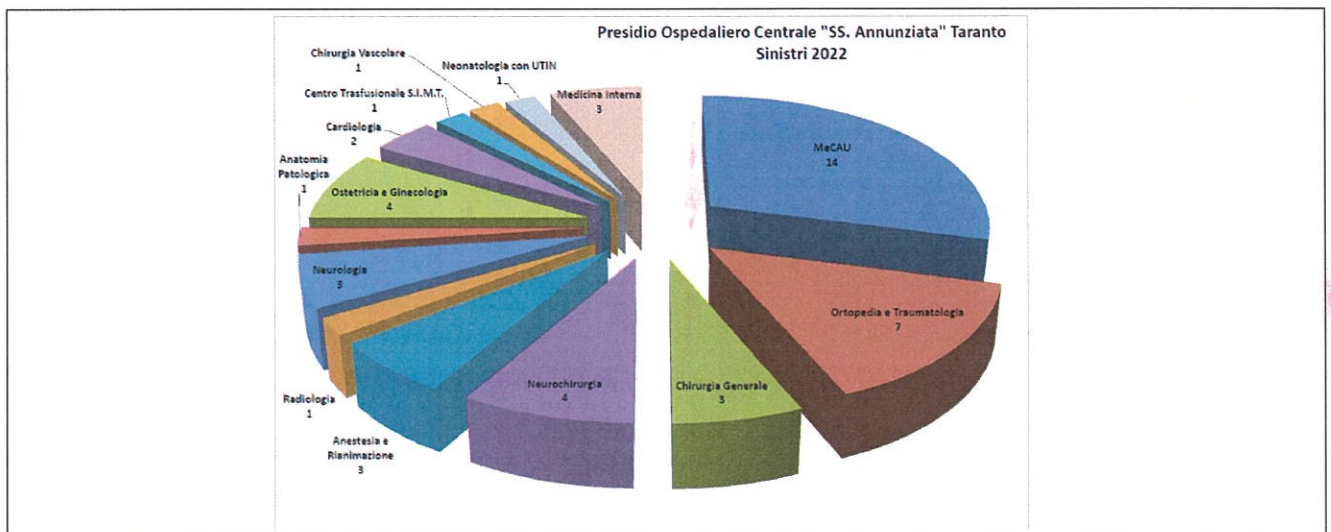
La ASL Taranto, per decisione della Direzione Strategica Aziendale, ha optato per una copertura per responsabilità civile in autoritenzione così come previsto dall'art. 10 della Legge 24/2017, gestendo in proprio tutto il contenzioso giudiziale e stragiudiziale, anche attraverso l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e del nucleo valutazione sinistri (NVS).

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

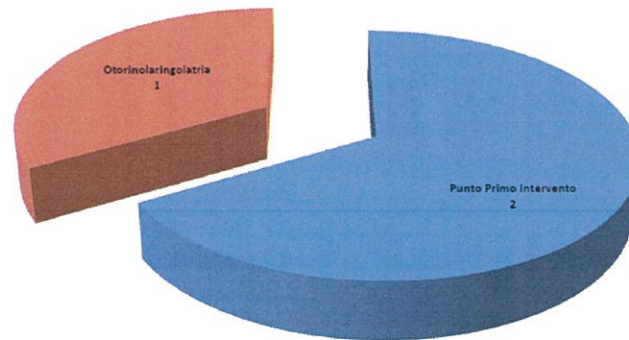
DATI DI CONTESTO

Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Gestione Rischio Clinico nel corso del 2022 e distinte per Presidio Ospedaliero.

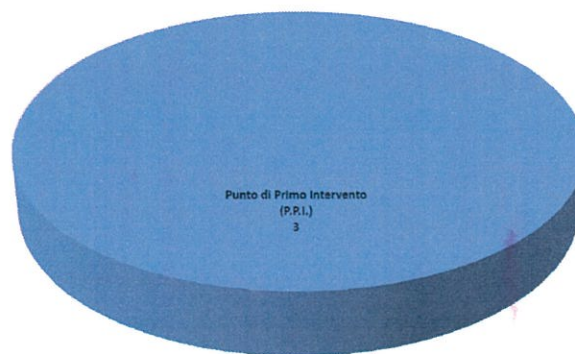
Si tratta dati rinvenienti dal flusso informativo obbligatorio SIMES.



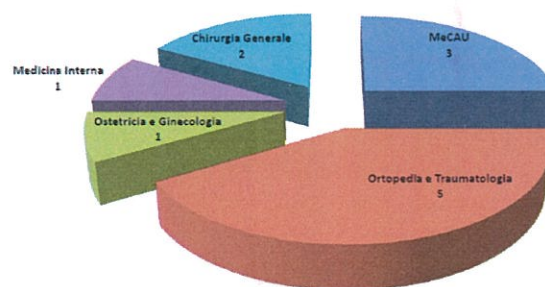
**Ospedale "San Giuseppe Moscati" Statte (TA)
Sinistri 2022**



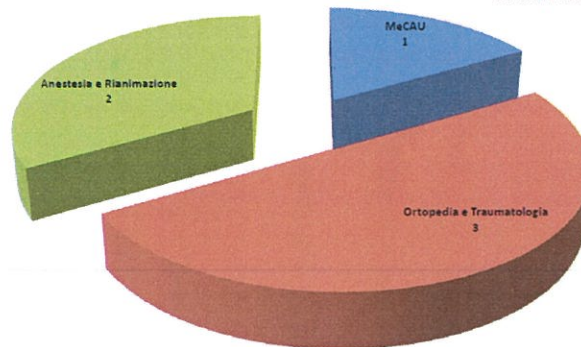
**Ospedale "San Marco" Grottaglie (TA)
Sinistri 2022**



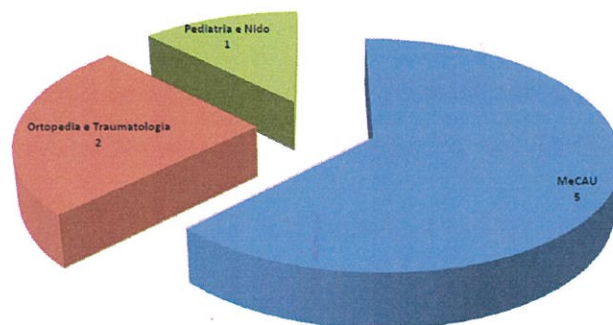
**Ospedale "Valle d'Itria" Martina Franca (TA)
Sinistri 2022**



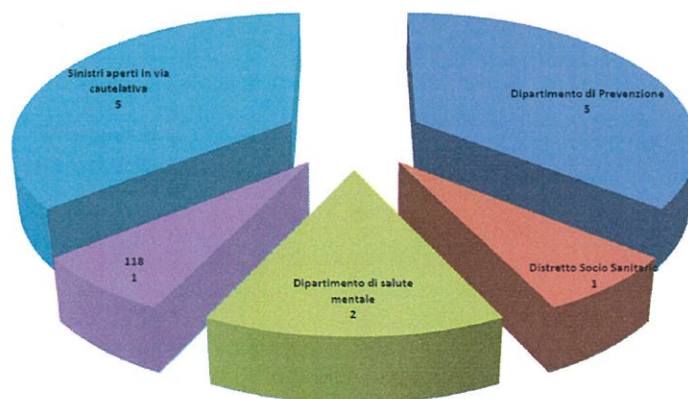
**Ospedale "Marianna Giannuzzi" Manduria (TA)
Sinistri 2022**



**Ospedale "San Pio" Castellana (TA)
Sinistri 2022**



**Dipartimenti/Distretti/118/altro ASL Taranto
Sinistri 2022**



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 2022 sono stati segnalati n. 7 eventi sentinella.

N. Eventi sentinella anno 2022 per Tipo ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Infortunio sul lavoro	3
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	Trauma Maggiore	1
MORTE POST PARTUM	Shock emorragico	1
MORTE DI NEONATO DI PESO SUPERIORE A 2500 GR.	morte neonatale	1
Totale		7

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	4		
mancata corrispondenza prelievo controllo pretrasfusionale – con dati paziente)	3	Incongrua etichettatura prelievo controllo	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
Errata somministrazione farmaco con somiglianza grafico-fonetica	1	Farmaci con confezionamento simile e posizionamento nell'armadietto in stretta contiguità	Disposizione separata sia in Reparto che in Ambulatorio di farmaci con confezionamento simile
Errata identificazione del prelievo istologico (Anatomia Patologica)	1	Sovraccarico di lavoro Mancanza di ausili digitali per il tracciamento del flusso di lavoro	In corso
EVENTI AVVERSI	2		
Errata somministrazione vaccinazione anti SARS Cov2	1	Mancanza di procedure codificate nel percorso vaccinale	Redazione di una procedura codificata relativa al percorso vaccinale in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione
Stravaso chemioterapico in DH Oncologia	1	Mancata sorveglianza del paziente	Audit miglioramento pianificazione del lavoro

Invece il monitoraggio delle segnalazioni delle cadute nell'anno 2022 ha consentito di rilevare quanto segue:

- PO SS Annunziata n.37
- PO Manduria n. 6
- PO Castellaneta n. 8

- PO Moscati n. 20
- PO Martina n. 10
- PO Grottaglie n. 8.
- Clinica Villa bianca-Riabilitazione: 28
- Clinica Bernardini 11 (resoconto provvisorio perché segnalazione semestrale).

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.

- **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.

4.4 SAFETY WALKROUND

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 Walkround.

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

Gli obiettivi principali dell'utilizzo del Safety Walkaround sono:

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

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

Riguardo alla **emergenza COVID**, grazie alla istituzione di una task force si valuta l'**appropriatezza dei percorsi deliberati e le eventuali criticità riscontrate**.

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 2023

In accordo con la Direzione Strategica Aziendale, sono definiti per l'anno 2023 i seguenti obiettivi.

OBIETTIVO 1: PROCEDURA DI GESTIONE DEI SINISTRI.

E' previsto:

- La mappatura del rischio aziendale mediante revisione delle cartelle cliniche con metodica global trigger tool e identificazione dei rischi nelle aree a maggiore soccombenza.
- Divulgazione della procedura di istruttoria del sinistro dalla lettera di messa in mora sino alle procedure di liquidazione del sinistro in ottica di Legge Gelli Bianco.

OBIETTIVO 2: PROCEDURE E PDTA AZIENDALI

Sono previste:

- Formazione e Informazione del percorso relativo alla sicurezza del paziente in sala operatoria.
- Implementazione della procedura di gestione dei pazienti stomizzati.
- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali mediante la procedura volta alla prevenzione degli errori in terapia farmacologica
- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale – PDTA- per il trattamento delle emorragie del tratto digestivo
- Individuazione delle criticità processo assistenziale integrato Ospedale Territorio, ai fini di attuare azioni di miglioramento garantendo continuità assistenziale.
- Protocollo trasfusionale per la gestione della emorragia massiva: divulgazione del percorso e della presa in carico del paziente con sanguinamento massivo nei centri Spoke ed Hub.
- Codifica del percorso STAM (Servizio di Trasporto assistito materno) e STEN (Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale).
- Recepimento delle Linee Guida e Buone Pratiche di tutte le Strutture Operative e codifica con successiva deliberazione.

- Codifica del percorso assistenziale relativo al trasferimento del paziente critico (trasporto secondario)

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:

INDICATORI	VALUTAZIONE	TARGET
Presenza della Safety check list di sala operatoria in un campione di cartelle cliniche con intervento (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%
Verifica della corretta applicazione del PDTA relativo alla emorragia digestiva	N. di ricoveri inappropriati/numero degli accessi per emorragia digestiva	0