



Piano Annuale per la Gestione del Rischio Clinico nella ASL Taranto 2025

a cura della S.S.D Rischio Clinico ASL Taranto
Responsabile Dr Giuseppe Carbotti

DIRETTORE SANITARIO ASL TARANTO DR. S. MINERBA	AZIENDA SANITARIA LOCALE TA IL DIRETTORE SANITARIO Dr. Sante MINERBA
DIRETTORE GENERALE ASL TARANTO DR. V.G. COLACICCO	Il Direttore Generale Dott. Vito Gregorio Colacicco

Sommario

1. PREMESSA	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	7
5. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI	8
6. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – COMPITI E FUNZIONI	9
6.1 APPROCCIO PROATTIVO	11
6.2 APPROCCIO REATTIVO.....	12
6.3 ANALISI DEL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE.....	13
6.4 METODOLOGIA DI MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI	15
7. FORMAZIONE/COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE	18
8. OBIETTIVI DEL PIANO 2025	18

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l'organizzazione sanitaria, gli operatori sanitari e i pazienti.

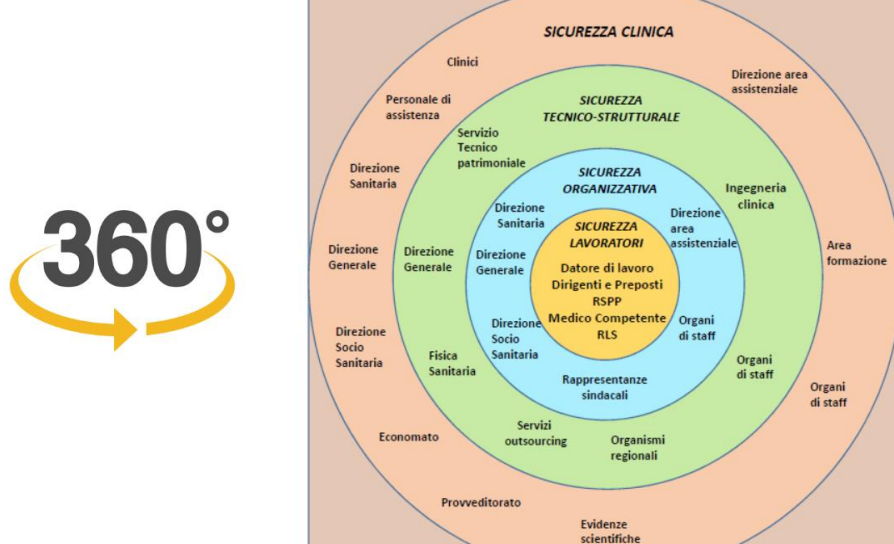
La **Legge 24/2017, cd. "Legge Gelli-Bianco"**, recante le disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, ha normato e rafforzato il concetto che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e di gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale. Inoltre, sancisce all'articolo 1 che *"la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività"* specificando peraltro che *"la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative"*.

Il Ministero della Salute pone, dunque, come cardine strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "Risk Management in Sanità¹" definisce, il Clinical Risk Management (CRM) come un sistema organizzativo che contribuisce a definire l'insieme delle regole aziendali ed il loro funzionamento il cui scopo principale è quello di creare e mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali.

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.

¹ Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003). Ministero della Salute



La Legge 28 dicembre 2013, n. 200 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

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) 2023-2025, è declinata l’attività della ASL è finalizzata a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

L'attività dell'Azienda si realizza attraverso:

- Dipartimenti strutturali;
- Distretti;
- Presidi Ospedalieri

in aderenza a quanto previsto dalle norme generali di organizzazione dell'Azienda sanitaria, al fine di garantire una corretta ed appropriata assistenza sanitaria e sociosanitaria in relazione ai reali fabbisogni del territorio.

PREVENZIONE: Il Dipartimento di Prevenzione, organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva 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 e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

TERRITORIO: Le funzioni di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività a livello territoriale sono svolte attraverso le seguenti attività di assistenza territoriale:

- assistenza Primaria;
- assistenza Domiciliare;
- assistenza Specialistica;
- ambulatoriale Riabilitativa e Protesica;
- assistenza Farmaceutica;
- assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica;
- assistenza alla Salute Mentale;
- assistenza delle Dipendenze Patologiche;
- altri servizi che rispondono al bisogno sociosanitario locale.

Tali attività sono svolte dai Dipartimenti delle Cure Primarie, dal Dipartimento di Salute Mentale, dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, e dal Dipartimento di Assistenza Riabilitativa Territoriale della ASL. Il Dipartimento delle Cure Primarie è costituito dai Distretti Socio Sanitari, dal Servizio Socio-Sanitario, dal Centro territoriale per la facilitazione di accesso ai servizi delle persone affette da malattie rare e dalla Direzione Amministrativa.

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. L'Azienda, attraverso la Funzione Ospedaliera, garantisce 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.

L'assistenza ospedaliera della ASL di Taranto viene erogata attraverso quattro Presidi Ospedalieri, organizzati in Dipartimenti Funzionali:

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

Le principali linee di attività nelle quali si esplica il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono:

- *pronto soccorso*
- *ricovero ordinario per acuti*
- *day surgery*
- *day hospital*
- *riabilitazione*
- *lungodegenza post-acuzie*

L'ASL di Taranto gestisce direttamente n. 812 posti letto ed indirettamente n. 658 per il tramite delle strutture private accreditate.

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:

- *Individuazione di un modello organizzativo uniforme 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:*
 - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale
 - Procedura per l'attivazione della sala operatoria in emergenza urgenza in Asl Taranto
 - Percorso del paziente afferente alla S.C. di Chirurgia Toracica sottoposto ad intervento chirurgico presso la sala operatoria del PO Moscati
 - Protocollo operativo per i minorenni, la Procura della Repubblica per i minorenni ed Asl di Taranto in materia di "parto in anonimo" ed altre situazioni di pregiudizio per il neonato.
 - Linee di indirizzo per l'istituzione di un coordinamento per l'antimicrobial stewardship e la gestione integrata del rischio infettivo ospedale-territorio.
 - Procedura nuovo sistema di segnalazione e gestione delle malattie infettive (PREMAL) Decreto Ministeriale della salute 7 marzo 2022.
 - Procedura per i controlli sulla qualità e l'organizzazione del servizio mensa e distribuzione cibi e bevande nei reparti POC. Integrazione delibera n.172 del 30/01/2024
 - Procedura telegestione e telerefertazione in Asl Taranto. Integrazione alla procedura telegestione e telerefertazione in Asl Taranto delibera D.G. N. 458 del 28.02.2024

- Norme per la radioprotezione degli operatori esterni alla medicina nucleare nell'uso di radioisotopi.
 - Norme per la gestione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo contenenti residui radioattivi provenienti da attività di medicina nucleare
 - Procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale-Implementazione Raccomandazione Ministeriale n.4
 - Protocollo medicina necroscopica Asl Taranto-Integrazione
 - Compiti ed attività del personale necroforo appendice delibera n 429 del 20 febbraio 2023
 - Cessazione misure di contenimento e gestione dell'epidemia da Covid 19. Recepimento delle disposizioni regionali
 - Procedura operativa aziendale prevenzione e controllo della trasmissione di infezione da Clostridioides Difficile (CD)
 - Protocollo operativo aziendale C.C.I.C.A -Sorveglianza e controllo delle infezioni da microrganismi ALERT
- *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.C.I.C.A.) e sicurezza sui luoghi di lavoro (SPP) 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 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 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 all'agevolazione 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.

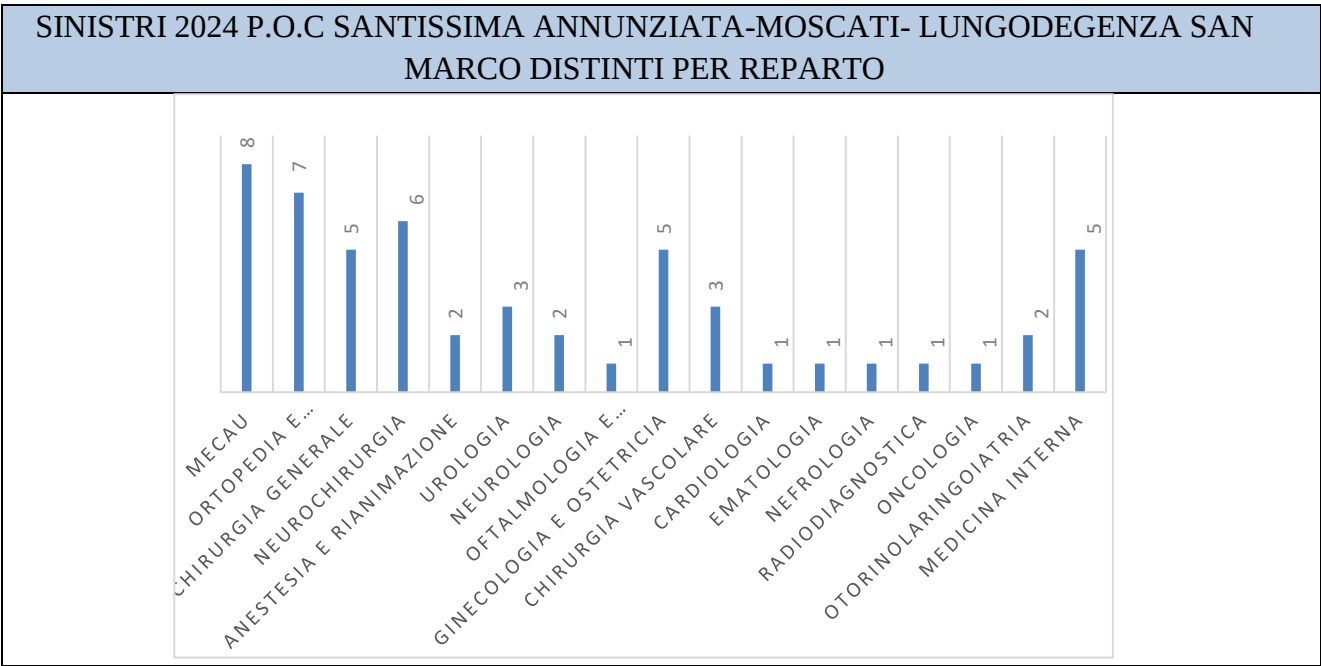
6.3 ANALISI DEL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

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.

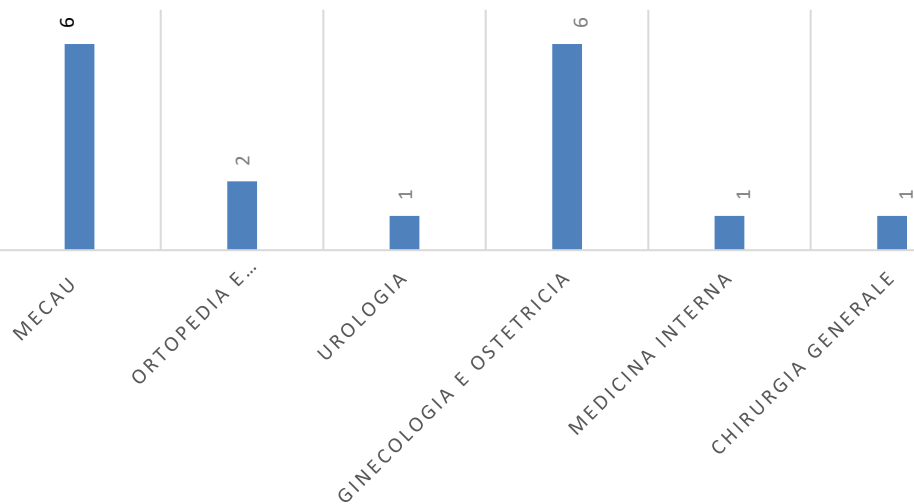
DATI DI CONTESTO

Nell’anno 2024 sono state aperte n. 103 istruttorie medico-legali a seguito di richiesta di risarcimento per malpractice, mediazione e/o ricorsi ex 696 bis.

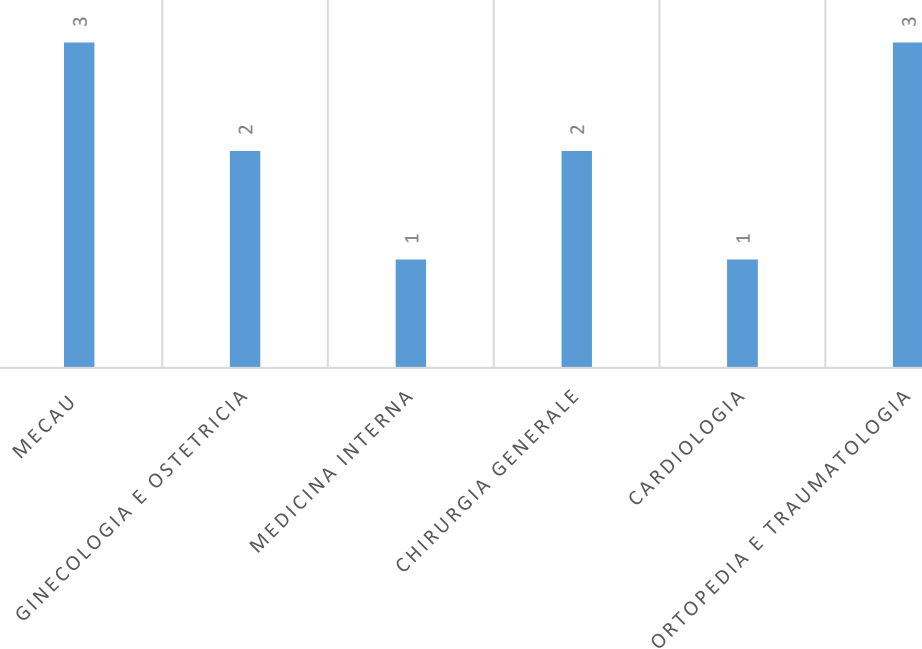
Qui di seguito vengono riportate le tabelle riassuntive delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Gestione Rischio Clinico nel corso del 2024 e distinte per Presidio Ospedaliero. Si tratta dati rinvenienti dal flusso informativo obbligatorio SIMES.



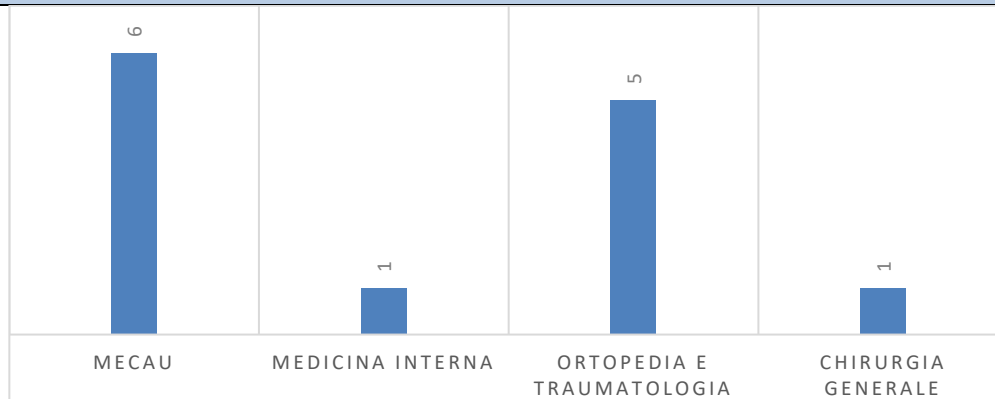
SINISTRI 2024 PO VALLE D'ITRIA

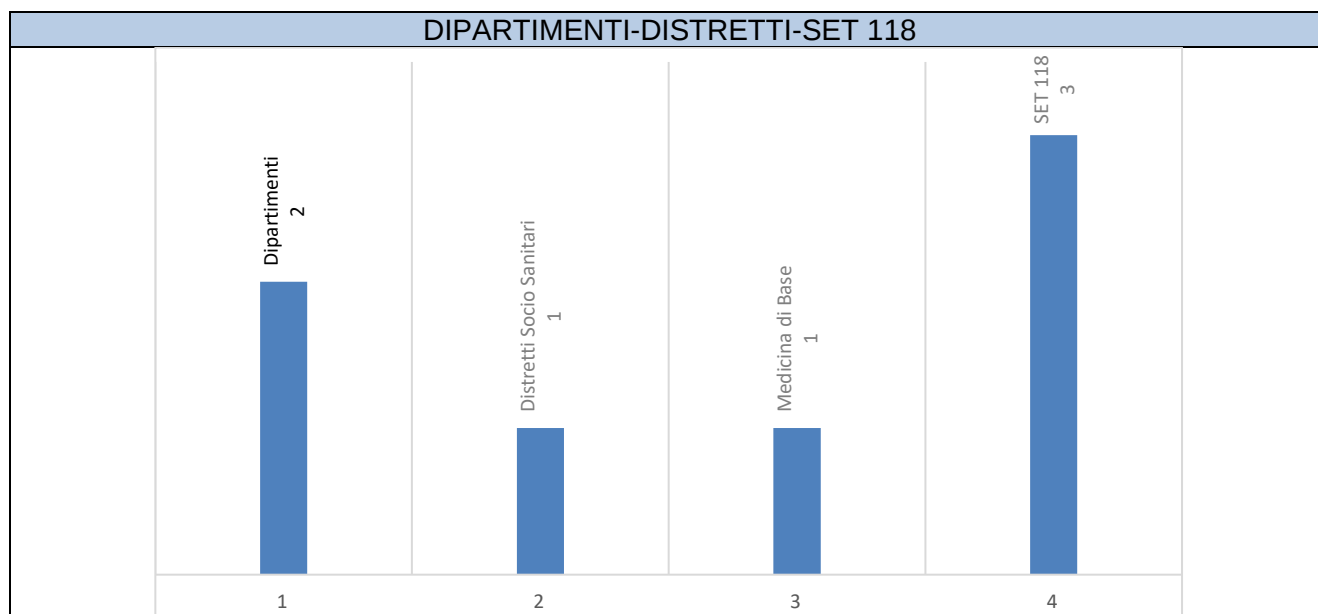


SINISTRI 2024 PO CASTELLANETA



SINISTRI 2024 PO GIANNUZZI MANDURIA





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 Risk Management 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 2024 sono stati segnalati i seguenti eventi sentinella.

Eventi sentinella anno 2024 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
EVENTI AVVERSI	6		
TRAUMA MAGGIORE CONSEQUENTE A CADUTA DEL PAZIENTE	4	deficit cognitivo- instabilità della deambulazione	Audit miglioramento pianificazione del lavoro
TENTATO SUICIDIO	1	Carente risorse professionali	Audit finalizzato alla divulgazione della procedura aziendale- collaborazione con area tecnica per rendere maggiormente sicuro il reparto.
STRAVASO FARMACO ANTIBLASTICO	1	Carenza risorse professionali Mancanza di una procedura condivisa per posizionamento PICC pre- somministrazione terapia antiblastica	audit finalizzato alla redazione di una procedura aziendale per il posizionamento di un accesso venoso centrale per pazienti che si devono sottoporre a CHT. Proposta di formazione di PICC team infermieristico

TIPO DI EVENTO	PRESIDIO OSPEDALIERO/STRUTTURA	NUMERO TOT.
CADUTA DEL PAZIENTE	PO SANTISSIMA ANNUNZIATA	39
	PO GIANNUZZI MANDURIA	2
	PO VALLE D'ITRIA MARTINA FRANCA	11
	PO MOSCATI STATTE	12
	PO SAN MARCO GROTTAGLIE	6
	PO SAN PIO CASTELLANETA	2
	CLINICA VILLA BIANCA	28
	CASA DI CURA BERNARDINI	34

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 i temi della responsabilità sanitaria, la conoscenza dell'iter di istruttoria dei sinistri in funzione della Legge Gelli Bianco, la revisione della cartella clinica, la corretta compilazione dei consensi informati e tematiche complesse come la gestione delle trasfusioni di sangue nei pazienti Testimoni di Geova.

8. OBIETTIVI DEL PIANO 2025

In accordo con la Direzione Strategica Aziendale, sono definiti per l'anno 2025 i seguenti obiettivi.

OBIETTIVO 1: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI EVENTI FORMATIVI ITINERANTI (NEI VARI PRESIDII) RELATIVI ALLA DELINEAZIONE DELLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E DELL'ITER DI ISTRUTTORIA DEI SINISTRI IN ASL TARANTO	
Attività Favorire la conoscenza e la divulgazione degli elementi della responsabilità professionale e della Legge Gelli Bianco	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: CODIFICA DI PERCORSI FORMATIVI ITINERANTI PER LA DIFFUSIONE DELLE PROCEDURE GIA' DELIBERATE	
Attività Favorire la conoscenza delle procedure già deliberate relative ad aspetti assistenziali critici (caduta del paziente)	Pianificazione Divulgazione con presentazioni interattive delle procedure già deliberate. Identificazione delle criticità nella loro applicazione e ricerca di soluzioni per il superamento delle stesse.
OBIETTIVO 4: 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.
OBIETTIVO 4: CODIFICA DEL PERCORSO DI FORMAZIONE DELLA PREVENZIONE DELLE ICA	
Attività In attuazione alle Direttive del CCICA aziendale si codificheranno le aree di criticità, declinando le disposizioni della Sentenza Travaglino.	Pianificazione Delibera e divulgazione della procedure. Formazione degli operatori sanitari coinvolti.