

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 22 DEL 10/02/2017

Il DIRETTORE GENERALE acquisiti i pareri preventivi, favorevoli, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e, ove previsto per competenza, del Direttore dell'attività Socio Sanitaria.

A D O T T A

la deliberazione avente per oggetto:

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "PIANO PROGRAMMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2017-2019".

DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Luca Baldino

DIRETTORE AMM.VO

Dott.ssa Maria Gamberini

DIRETTORE SANITARIO

Dr. Guido Pedrazzini

**DIRETTORE ATTIVITA' SOCIO
SANITARIA**

Dott.ssa Costanza Ceda

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Luca Baldino

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO “PIANO PROGRAMMA AZIENDALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2017-2019”.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Risk Manager Aziendale Dott. Giuseppe Arcari che, contestualmente all'apposizione della firma in calce alla proposta, ne attesta la legittimità in ordine ai contenuti e il rispetto dei requisiti formali e sostanziali del procedimento

Premesso che la sicurezza delle cure e la gestione del rischio costituiscono attività di estrema importanza per le Aziende Sanitarie, sempre più impegnate nella definizione di politiche e di strategie utili a fornire una risposta chiara alla crescente domanda di conoscenza, sicurezza e partecipazione dei cittadini nei confronti delle strutture erogatrici di servizi per la salute;

Considerato:

- che l'ampiezza e la complessità delle attività sanitarie richiedono un approccio integrato e di largo respiro che coinvolga larga parte dell'organizzazione aziendale, nella convinzione che solo un approccio sistemico possa realmente contribuire a diminuire le probabilità del verificarsi di eventi avversi o anche semplicemente pericolosi;
- che la sicurezza delle cure e la gestione del rischio si esplicitano nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori e i visitatori;
- che la gestione del rischio rappresenta, nel suo complesso, la modalità con cui l'Azienda Sanitaria si rende responsabile delle conseguenze indesiderate della propria attività, integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di riprogettazione di percorsi e attività ;

Viste

- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n.1706/2009 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”, integrata dalla Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n.2108/2009 “modificazioni alla deliberazione di giunta regionale n.1706 del 9.11.2009. Sostituzione dell'allegato n.1”;
- la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1003/2015 “Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016”;

Richiamata la nota del Servizio Assistenza Ospedaliera PG/2016/0156648 del 07/03/2016, con la quale si trasmettono le linee di indirizzo per l'elaborazione di un “Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio”;

Visto il documento “Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2017/2019”, predisposto dal Risk Manager Aziendale e condiviso dal Collegio di Direzione in data 06/02/2017;

Valutato opportuno, per quanto esposto in premessa e in considerazione della necessità di aprire un confronto e rendere note le attività aziendali in un settore che potrebbe avere forte impatto sulla vita degli assistiti, dare mandato alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, di valutare le migliori modalità di diffusione dei contenuti del Piano verso le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e i Comitati Consultivi Misti;

Ritenuto pertanto, alla luce delle considerazioni svolte, approvare il documento “Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2017/2019”, allegato alla presente determinazione come parte integrante e sostanziale;

Considerato che l'adozione del presente provvedimento non comporta alcuna contabilizzazione;

Atteso che il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo si intenderà acquisito mediante la sottoscrizione con firma digitale apposta dai medesimi in calce al presente provvedimento

DELIBERA

1. di approvare il documento “Piano Programma Aziendale Gestione del Rischio 2017/2019”, allegato alla presente determinazione come parte integrante e sostanziale;
2. di dare mandato alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie di valutare le migliori modalità di diffusione dei contenuti del Piano verso le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e i Comitati Consultivi Misti;
3. di trasmettere la presente deliberazione alla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna - Servizio Assistenza Ospedaliera;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun impegno di spesa da parte di questa Azienda U.S.L.

Il Dirigente Proponente
Dott. Giuseppe Arcari

C o p i a p e r l a p u b b l i c a z i o n e

**Documento firmato digitalmente e conservato in conformita'
e nel rispetto della normativa vigente in materia.
Il presente documento e' una copia elettronica del documento originale
depositato presso gli archivi dell'A.U.S.L. di Piacenza.**

D2-CE-B2-5F-5A-70-E5-2D-F6-E7-84-B1-A9-73-28-77-3E-A8-94-A3

CADES 1 di 4 del 10/02/2017 09:32:47

Soggetto: LUCA BALDINO BLDLCU67L19F205V

Validità certificato dal 06/02/2017 01:00:00 al 07/02/2020 00:59:59

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A. NG CA 3, ArubaPEC S.p.A., IT



CADES 2 di 4 del 08/02/2017 13:23:43

Soggetto: GIUSEPPE ARCARI RCRGPP60T10A470M

Validità certificato dal 29/12/2015 12:39:22 al 29/12/2017 12:39:22

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT



CADES 3 di 4 del 08/02/2017 18:36:50

Soggetto: MARIA GAMBERINI GMBMRA69T48H294I

Validità certificato dal 24/11/2015 15:32:56 al 24/11/2017 15:32:56

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT



CADES 4 di 4 del 10/02/2017 09:23:31

Soggetto: GUIDO PEDRAZZINI PDRGDU56M19D150L

Validità certificato dal 16/02/2016 17:53:25 al 16/02/2018 17:53:25

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT



Copia elettronica

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza | 2017-2019

Premessa

1. Mappatura dei rischi
2. Strategia di azione aziendale
3. Assetto Organizzativo
4. Piano per la gestione dei rischi e la sicurezza delle cure
 - 4.1 piano di mantenimento delle attività
 - 4.2 piano di sviluppo delle attività
5. Riferimenti normativi

Copia per la pubblicazione

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

PREMESSA

La sicurezza delle cure e la gestione del rischio sono attività di estrema importanza per le organizzazioni sanitarie, sempre più impegnate nella definizione di politiche e di strategie necessarie per fornire una risposta chiara alla crescente domanda di conoscenza, sicurezza e partecipazione dei cittadini nei confronti delle strutture erogatrici di servizi per la salute.

Il tema della sicurezza delle cure, sviluppatosi in primo luogo per rispondere ad aspetti di tipo economico-sanitario correlati a contenziosi e vertenze medico-legali, è stato successivamente riconosciuto come un elemento determinante nella qualità dell'assistenza e ha acquisito una valenza deontologica per tutti gli operatori sanitari, costituendo pertanto un impegno imprescindibile per le organizzazioni sanitarie.

Allo stesso modo la gestione dei rischi, intesa come analisi a priori degli aspetti clinico-organizzativi e strutturali, ha intrapreso un percorso che la dovrebbe sempre più portare ad essere attività preventiva di affiancamento alla attività sanitaria in senso stretto.

Sicurezza delle cure e gestione del rischio dovranno inoltre essere affrontati con un approccio sistemico che non tralasci alcuna parte dell'organizzazione, solo in questo modo si potranno ottenere risultati soddisfacenti e riproducibili. Il presente piano è stato pensato e realizzato in quest'ottica.

1. MAPPATURA DEI RISCHI

La mappatura dei rischi è andata strutturandosi, a partire dal 2012, attraverso la creazione di relazioni operative tra le articolazioni aziendali che, con ruoli e competenze diverse, operavano in settori "sensibili" alle tematiche del rischio e della sicurezza delle cure.

Una delle prime azioni per comprendere, e successivamente definire, il livello complessivo di rischio all'interno della nostra Azienda ha riguardato lo sviluppo di un percorso di gestione che tenesse in considerazione tanto le richieste di risarcimento quanto la gestione del rischio. Lo sforzo ha coinvolto diverse articolazioni aziendali: Medicina Legale, Affari Generali e Legali, Direzione di Presidio, Direzione Assistenziale, Qualità e Accreditamento.

Nel corso degli anni successivi gli strumenti a cui ci siamo affidati, e che hanno guidato il framework di lavoro, sono andati aumentando (sono stati diversi e di diversa natura) e si sono rivelati idonei nel risalire alla difficile evidenza dell'evento dannoso ed anche del near misses. Gli stessi strumenti si sono rivelati congeniali per stabilire regole e successive leve

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza **2017-2019**

d'informazione, nonché nel divenire oltre a strumento di identificazione anche elemento propositivo di miglioramento.

Se prendiamo ad esempio il percorso di segnalazione "Incident Reporting", questo è stato inizialmente uno strumento di mera identificazione del rischio, ma ha poi assunto caratteristiche diverse, divenendo strumento di condivisione delle informazioni e di miglioramento (anche attraverso gli incontri interni di analisi degli avvenimenti).

Le fonti informative a cui ci siamo affidati sono le seguenti:

- Segnalazioni Incident Reporting
- Segnalazioni –Eventi Sentinella (SIMES)
- Checklist di sala operatoria
- Sinistri –Data Base Regionale
- Segnalazione cadute
- Lesioni da pressione
- Contenzioni
- Lesioni da pressione
- Data Base SOSnet
- Data base aziendale sinistri
- Data base aziendale Incident Reporting
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza –Agenas
- Sistema di segnalazione delle morti materne e near miss ostetrici
- Infezioni correlate all'assistenza
- Farmacovigilanza
- Dispositivovigilanza
- Eventi correlati all'uso del sangue (SISTRA)
- Segnalazione morti materne e near miss ostetrici

L'utilizzo di queste fonti ha consentito di individuare alcune aree ritenute particolarmente sensibili, ed entro le quali si svilupperà l'attività delle articolazioni aziendali dedicate alla gestione del rischio ed alla sicurezza delle cure. Tali aree sono le seguenti:

- rischio clinico (comprendente a sua volta):
 - rischio clinico,

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

- rischio infettivo,
- farmacovigilanza,
- gestione sinistri,
- sicurezza ambientale e del lavoro;
- utilizzo sicuro apparecchiature biomediche e tecnologie;
- comunicazione e gestione delle crisi.

2. STRATEGIA DI AZIONE AZIENDALE

Nel corso del 2015 l'Azienda ha adottato, con l'approvazione del Collegio di Direzione, il progetto SAGR (Sviluppo di un sistema aziendale per la gestione del rischio). Questo progetto traeva spunto dai documenti regionali di programmazione, e si proponeva di sviluppare azioni specifiche all'interno dei tre ambiti di attività indicati quali obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali:

1. rischio clinico e la gestione del contenzioso;
2. rischio occupazionale;
3. rischio infettivo.

Accanto alla declinazione delle attività e delle azioni specifiche, il progetto delineava quelli che venivano considerati obiettivi strategici dell'Azienda UsI di Piacenza per la gestione del rischio, obiettivi che in questa sede è necessario richiamare, in quanto rimarranno (per il loro ampio respiro culturale e progettuale) le idee guida per la progettazione delle attività per il prossimo triennio.

A. Affrontare il rischio in una logica di sistema

L'Azienda metterà in campo un piano di attività che non prenda in considerazione solo ciò che palesemente accade (cioè le conseguenze dell'evento avverso) ma che veda il sistema come potenziale fonte di rischio (che è diverso dall'errore). Se gli errori attivi sono per lo più individuabili e riconoscibili come causa diretta e immediata di un evento avverso, un'efficace gestione del rischio clinico deve basarsi anche sull'individuazione degli errori latenti, poiché solo rimuovendo le insufficienze del sistema si riduce la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e si contengano le conseguenze dannose di quelli comunque verificatisi (attività di protezione).

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

Mantenimento e potenziamento di un approccio sistemico alla gestione del rischio, confermando la nuova visione di un doppio sistema di governo, mettendo a regime le procedure sperimentali (definite negli anni 2013/14) riconducibili a due obiettivi diversi ma complementari: gestione e prevenzione del rischio e gestione diretta del contenzioso. garantendo gli opportuni collegamenti con tutti gli attori che intervenivano per ruolo o specifica competenza nel percorso che porta alla realizzazione di interventi di riduzione del rischio.

B. Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio

Per molti anni si è tentato di trasferire nel settore sanitario le procedure di sicurezza progettate per altri ambiti, ma al contrario di quanto accade in essi, caratterizzati da un'impronta prevalentemente 'meccanicistica', nel nostro settore prevale il fattore umano, al contempo risorsa e criticità. L'Azienda pertanto ha previsto e prevedrà specifici strumenti di coinvolgimento e formazione del personale tesi ad una diffusione il più possibile capillare non solo del concetto di cultura del rischio ma anche di responsabilità. L'Azienda supererà la dicotomia tra la responsabilità retrospettiva e la responsabilità prospettica. La prima presuppone che chi ha commesso un errore sia responsabile; pertanto è attribuita agli operatori a diretto contatto con i pazienti e fa riferimento a modalità di lavoro basate sull'individualismo e non sul lavoro di squadra, e a modelli etici basati sull'autoregolazione dei professionisti. Viceversa, la responsabilità prospettica si riferisce non solo all'individuo, ma anche alla collettività e quindi, essendo non più individuale ma collettiva, si può dire che tutti siamo responsabili perché ciascuno ha un ruolo e un compito, tra loro integrati. Questo tipo di responsabilità individua un nuovo paradigma per gli eventi che accadono nei sistemi complessi, tale da orientare tutti coloro che agiscono nel sistema verso il miglioramento della sicurezza, specificando i doveri nel creare un ambiente più sicuro, in termini di azioni preventive, analisi degli errori, soluzioni correttive e obbligo di trasparenza. Questo approccio presuppone che tutti gli individui operanti nel sistema siano fortemente consapevoli, valorizzati e quindi responsabili (empowerment dell'individuo per migliorare il sistema), la responsabilità deve essere estesa a tutti i componenti del sistema, compresi coloro che esercitano il controllo e prendono decisioni.

C. Il supporto stabile dell'ICT

Mantenimento e potenziamento di sistemi di informatizzazione per la gestione univoca del paziente, del sistema informatizzato per la raccolta di dati relativi alla prevenzione e gestione del

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

rischio. L'Azienda ha previsto l'estrapolazione di indicatori di esito e processo preliminarmente identificati, insieme all'individuazione, analisi delle criticità, successive azioni di miglioramento e monitoraggio delle attività.

D. Lo sviluppo del ruolo delle non technical skills e dello human factor

Miglioramento delle non technical skills e dello human factor quali decision making, lavoro in equipe e comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti evidenziando il ruolo importante della prevenzione degli errori legati ad una non corretta comunicazione nelle attività sanitarie. Sviluppo e diffusione di competenze in merito alla prevenzione/gestione di relazioni conflittuali con i colleghi e con i pazienti oltre che alla conduzione di situazioni emotivamente intense.

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'espressione della responsabilità aziendale complessiva relativa alla promozione della sicurezza e alla gestione del rischio si realizza trasversalmente attraverso la collaborazione di un insieme di professionalità, individuate all'interno dell'Azienda per specifica competenza, e ufficialmente incaricate delle specifiche funzioni con l'approvazione del progetto SAGR "Sviluppo di un sistema aziendale per la gestione del rischio" sopra richiamato.

L'assetto organizzativo adottato deriva dalla linea strategica di riferimento scelta dall'Azienda. L'attività posta in essere dall'Azienda USL di Piacenza esplicitata nel progetto SAGR, ha riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio che comprende non solo lo studio degli eventi avversi, l'identificazione, l'analisi ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente ma anche nello sforzo di creare sinergie tra gli attori coinvolti i processi interni all'organizzazione creando una guida a garanzia di servizi sicuri e di buona qualità erogati ai pazienti.

L'assetto organizzativo è stato pensato e realizzato proprio in quest'ottica, mettendo in relazione le componenti interne del 'sistema sicurezza' aziendale, allineando attori e attività in un unico e condiviso percorso di prevenzione e gestione del rischio.

➤ Direttore Sanitario

Al Direttore Sanitario fa capo il governo complessivo dell'attività di gestione della sicurezza delle cure, mediante impulso e verifica dell'andamento delle attività programmate. Per svolgere questa

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

duplice funzione si avvale principalmente del Referente per la Qualità e Sicurezza delle Cure e del Risk Manager che, nell'Azienda Usl di Piacenza, sono due figure distinte.

➤ **Referente qualità e sicurezza delle cure** (*Direttore Dipartimento di Presidio Unico*)

Garantisce il collegamento tecnico tra i clinici ed il gruppo aziendale che si occupa di gestione del rischio, in collaborazione con il Risk Manager formula proposte strategiche ed operative alla Direzione Sanitaria Aziendale. Membro del CVS, supervisiona tutta l'attività sanitaria finalizzata al buon esito delle attività di Triage e del Comitato Valutazione Sinistri. Propone approvazione/modifiche dei documenti aziendali in materia avvalendosi della collaborazione del Gruppo Aziendale operativo per la gestione del Rischio.

➤ **Risk Manager**

Garantisce che le azioni previste per la promozione della sicurezza siano condotte in modo integrato, raccordando le azioni dei diversi livelli di governo e dei diversi attori interessati. Coordina il Gruppo Aziendale per la gestione del rischio. Supporta, inoltre le decisioni strategiche di competenza della Direzione Aziendale fornendo informazioni, formulando proposte e proponendo indirizzi. Membro del CVS, supervisiona tutta l'attività di Triage e del Comitato Valutazione Sinistri. Propone approvazione/modifiche dei documenti aziendali in materia avvalendosi della collaborazione del Gruppo Aziendale per la gestione del Rischio.

➤ **Referente attività di Triage** (*in staff alla Direzione di Dipartimento di Presidio Unico*)

Garantisce gli opportuni collegamenti delle diverse articolazioni aziendali che intervengono a vario titolo nella gestione e prevenzione del rischio, organizza le attività di Triage dove viene esaminata la richiesta di risarcimento danni, analizzata la dinamica riguardante l'accadimento dell'evento e la categorizzazione dei sinistri permettendo analisi di trend. Il triage rappresenta la possibilità concreta di imparare dall'errore creando i presupposti per la prevenzione del rischio per il paziente e del riverificarsi dell'evento avverso. Lavora sull'identificazione analisi e monitoraggio degli eventi avversi, near miss e schede di incident reporting con gli adeguati strumenti e lavora sulle azioni di miglioramento da pianificare in accordo con il Risk Manager e il Direttore di Dipartimento di Presidio. E' membro del CVS.

➤ **Gruppo Strategico Aziendale per la gestione del rischio**

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

Coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale, ha il compito di condividere gli obiettivi generali ed i progetti aziendali per la gestione del rischio sviluppati sulla base degli obiettivi aziendali, regionali o ministeriali. Viene informato sull'andamento delle attività da parte del Risk Manager il quale relazione al Gruppo sugli sviluppi dei progetti in corso. Si riunisce di norma ogni quattro mesi su iniziativa del Direttore Sanitario per valutare l'andamento del programma di lavoro e sviluppare le proposte di competenza. Può riunirsi in casi eccezionali su richiesta del Direttore Sanitario.

E' costituito dalle seguenti figure Aziendali:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Assistenziale;
- Direttore Dipartimento di Presidio Unico;
- Direttore U.O. Governo Clinico;
- Direttore U.O. Affari Generali e Legali;
- Direttore U.O. Medicina Legale;
- Direttore U.O. Prevenzione e Protezione;
- Direttore Dipartimento Cure Primarie;
- Risk Manager;
- Direttore U.O. Qualità e Formazione;
- Tre membri scelti dal Collegio di Direzione.

➤ **Gruppo Operativo Aziendale per la gestione del rischio**

E' coordinato dal Risk Manager, e si occupa dello sviluppo delle attività aziendali per la sicurezza e la gestione del rischio. Collabora e supporta il Risk Manager nell'implementazione e nel monitoraggio delle azioni di prevenzione e gestione del rischio previste. Si riunisce di norma ogni due mesi su iniziativa del Risk Manager per valutare l'andamento del programma di lavoro e sviluppare le proposte di competenza. Può riunirsi in casi eccezionali su richiesta del Direttore Sanitario o del Risk Manager. Può essere integrato da altre figure aziendali a seconda degli argomenti o delle attività oggetto di lavoro.

E' costituito dalle seguenti figure Aziendali:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Assistenziale;

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

- Direttore Dipartimento di Presidio Unico;
- Direttore U.O. Affari Generali e Legali;
- Direttore U.O. Medicina Legale;
- Titolare Posizione Rischio Clinico;
- Risk Manager;
- Referente Triage.

➤ **Comitato Valutazione Sinistri (CVS)**

Organismo collegiale con la funzione di dare risposta alle richieste di risarcimento danni, ratifica l'accertamento o meno della responsabilità e la quantificazione del danno, con la definizione della migliore strategia anche sotto il profilo economico.

E' composto da:

- Direttore Dipartimento di Presidio Unico – Responsabile sicurezza delle cure;
- Direttore dell'U.O. Medicina Legale;
- Medico Legale incaricato della gestione del contenzioso;
- U.O. Affari Generali e Legali - Avvocato;
- U.O. Affari Generali e Legali - Referente Ufficio Assicurazioni;
- Responsabile del programma autoassicurazione – Risk Manager;
- Direzione Dipartimento di Presidio Unico – Referente Triage;
- Direzione Assistenziale - Posizione Rischio Clinico.

➤ **Triage**

Organismo composto da professionisti aziendali con la funzione di valutare la richiesta di risarcimento danni, analizzare le dinamiche riguardanti l'accadimento di eventi avversi dando seguito alla fase istruttoria dei casi e al monitoraggio continuo degli eventi avversi. Durante le sedute di Triage viene effettuata una prima valutazione medico legale del danno e del nesso di causa se riconosciuti. Al tavolo di Triage oltre alle figure sopra indicate in un'ottica sistemica e di coinvolgimento completo siedono sempre i professionisti sanitari coinvolti che partecipano attivamente all'analisi e valutazione del caso con l'U.O. Medicina Legale.

L'attività di Triage ha una duplice finalità, quella di far partecipare il personale sanitario nella valutazione dei sinistri, chiedendo il loro parere tramite le relazioni e con il confronto diretto, insieme a quella di creare i presupposti per la prevenzione del rischio per il paziente e del

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

riverificarsi dell'evento avverso. Il Triage rappresenta un importante momento di confronto e di crescita presupponendo la possibilità di poter imparare dall'errore.

4. IL PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO E PER LA SICUREZZA DELLE CURE

4.1 Piano di mantenimento delle attività

Considerato quanto espresso in premessa ed in linea con la strategia Aziendale, si concretizzano (con attività già in essere che saranno mantenute e potenziate) gli elementi ritenuti significativi dalla politica aziendale per il miglioramento continuo, la qualità e la sicurezza delle cure.

Di seguito la declinazione delle attività che sono state anticipate nella definizione della strategia aziendale.

A. Azione: Affrontare il rischio in una logica di sistema

Il sistema visto come potenziale fonte di rischio individua non solo gli errori attivi ma anche quelli latenti. Quindi, seguendo una logica di sistema, l'Azienda svolge un'attività di prevenzione e un'attività di protezione contenendo le conseguenze dannose degli eventi che si sono comunque verificati, con una gestione del rischio allineata alla gestione del contenzioso. L'Azienda ha iniziato un doppio sistema di governo, mettendo a regime le procedure sperimentali definite nel 2013/2014 riconducibili a due obiettivi diversi ma complementari:

Prevenzione e gestione degli eventi avversi:

- "Procedura organizzativa gestione e analisi degli incident reporting";
- "Istruzione operativa per la segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss incident reporting e comunicazione con il paziente";

Gestione diretta del contenzioso:

- "Procedura per la gestione dei sinistri RCT";

Attraverso la definizione di tali procedure l'Azienda ha potuto procedere al riallineamento delle attività di gestione del contenzioso e di gestione del rischio, oltre che all'individuazione di indicatori per la misurazione dei processi. La scelta ha dato i risultati auspicati in termini di coinvolgimento del personale, iniziale diffusione della cultura del rischio e soprattutto riduzione del

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

contenzioso e dei tempi di gestione del medesimo fornendo ai clinici e a tutto il personale il necessario supporto metodologico e consulenziale.

L'Azienda ha inoltre aderito ad iniziative regionali relativamente ai progetti Visitare e Osservare che pur nella loro diversità sostanziale hanno come elemento fondante prevenzione e gestione del rischio.

E' stata implementata anche un'attività di mediazione trasformativa, attivata con discrezionalità, un percorso che viene intrapreso sia nei casi di richiesta di risarcimento danni che nei casi segnalati come significativi anche in ottica preventiva rispetto ad eventuali richieste di risarcimento o denunce.

Strumenti

Il reporting system individuato si rifà alle segnalazioni delle cadute ed agli incident reporting. Al fine di fare chiarezza sul corretto utilizzo e la congruità temporale dell'invio della scheda di incident reporting, data l'importanza del contributo informativo che porta con sé, sono state predisposte una procedura e un'istruzione operativa aziendali per la "prevenzione e gestione degli eventi avversi" e per "la segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss e comunicazione con il paziente".

Inoltre dando seguito pratico alla possibilità di poter imparare dall'errore vengono utilizzate le richieste di risarcimento danni come ulteriore elemento informativo. Infatti l'organismo di Triage descritto nel paragrafo 3 assetto organizzativo, ha una duplice finalità, quella di far partecipare il personale sanitario nella valutazione dei sinistri, chiedendo il loro parere tramite le relazioni e con il confronto diretto, insieme a quella di creare i presupposti per la prevenzione del rischio per il paziente e del non riverificarsi dell'evento avverso. Il Triage rappresenta un importante momento di confronto e di crescita aumentando senso di responsabilità e di appartenenza. Le sedute di Triage rappresentano lo strumento per mantenere un livello di attenzione regolare e costante sul tema oltre a fungere da momento di controllo sulla completezza e correttezza della documentazione sanitaria, poiché viene completamente riesaminata.

Tempistica e responsabilità

Le segnalazioni di cadute e le schede di incident reporting vengono analizzate di prassi una volta al mese dal Risk Manager aziendale dalla referente del Dipartimento di Presidio Unico e dalla Direzione Assistenziale - Posizione sul rischio ed inserite nel data base regionale e in un data base

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

aziendale per poter identificare trend e raccogliere indicatori sulla tempestività e appropriatezza delle segnalazioni che sono stati attribuiti come obiettivi di budget ad alcune Unità Operative, emerse come maggiormente rischiose sulla base di un'analisi dello storico.

Le sedute di triage si svolgono con cadenza bisettimanale. L'analisi delle dinamiche del sinistro, l'analisi della documentazione sanitaria per qualità e completezza forniscono una serie di informazioni riportate nel data base aziendale con la finalità di creare cluster per capire la sinistrosità delle UU.OO. e la tipologia di sinistri, oltre a poter mantenere il monitoraggio delle azioni di miglioramento intraprese se necessarie. Tutte le informazioni relative al sinistro vengono inserite anche nel data base regionale.

B. Attività: Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio

La predominanza del fattore umano nell'ambito sanitario rispetto ad altri ambiti altrettanto complessi è affrontato e sarà affrontato utilizzando strumenti di coinvolgimento e formazione del personale teso alla più possibile e capillare diffusione non solo del concetto di cultura del rischio ma anche di responsabilità (non intesa in senso giuridico, ma come proposizione di attività e individuazione di elementi favorevoli alla sicurezza delle cure).

L'Azienda vorrà superare la dicotomia tra la responsabilità retrospettiva e la responsabilità prospettica. Questo tipo di responsabilità individua un nuovo paradigma per gli eventi che accadono nei sistemi complessi, tale da orientare tutti coloro che agiscono nel sistema verso il miglioramento della sicurezza, specificando i doveri nel creare un ambiente più sicuro, in termini di azioni preventive, analisi degli errori, soluzioni correttive e obbligo di trasparenza. Questo approccio presuppone che tutti gli individui operanti nel sistema siano fortemente consapevoli e valorizzati (empowerment dell'individuo per migliorare il sistema).

Strumenti

Come descritto nell'assetto organizzativo, la peculiarità dell'organismo di Triage risiede non solo nell'opportunità di valutare le dinamiche degli eventi occorsi e dei relativi nessi di causalità, ma, e soprattutto nel coinvolgimento diretto del personale interessato, che produce una relazione interna sul caso utile alla prosecuzione della fase istruttoria. Il contributo del Triage così come concepito permette la partecipazione attiva e a tutto tondo tra il personale coinvolto e il gruppo operativo che si occupa di gestione del contenzioso presupponendo la possibilità di poter allargare la

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

prospettiva di analisi non solo alle criticità riscontrate su eventi che hanno causato l'errore quindi i sinistri ma anche ad aspetti strettamente correlati che possono essere a rischio di errore.

Insieme all'attività di gestione dell'errore l'Azienda ha portato avanti incontri con le UU.OO. per illustrare tutta l'attività che si sviluppa intorno alla gestione del rischio, affinché la partecipazione alle attività possa essere la più consapevole possibile, per favorire la comprensione di come l'attività di gestione del rischio sia strettamente connessa all'attività sanitaria.

La scelta dell'Azienda di cambiare prospettiva e di rendere responsabili e consapevoli tutti gli operatori viene rafforzata da una formazione in addestramento presso l'Area di simulazione clinico organizzativa ASCO dell'Azienda, in questo è contesto è possibile riprodurre scenari clinici che mettono alla prova il lavoro del singolo professionista che non solo agisce ma interagisce in un sistema protetto che permette di imparare dall'errore con zero rischi.

Tempistica e responsabilità

Il referente di Triage come descritto nell'assetto organizzativo mantiene le fila rispetto all'attività di Triage che ha cadenza in genere bisettimanale.

Il referente di Triage e il Risk Manager visitano le varie UU.OO. per divulgare e condividere l'attività correlata alla gestione del rischio. La formazione in addestramento non ha una calendarizzazione prestabilita, ma per ogni corso svolto dalla chirurgia in laparoscopia alla gestione difficile delle vie aeree etc etc è sempre posto l'accento, come obiettivo del corso, sull'importanza del lavoro di equipe e sulla responsabilità dei singoli concepiti come sistema.

C. Attività Il supporto stabile dell'ITC

Mantenimento e potenziamento dei sistemi di informatizzazione di percorsi particolarmente significativi insieme allo sviluppo di un sistema informatizzato per la raccolta di dati relativi alla prevenzione e gestione del rischio.

Strumenti

Per la gestione univoca del paziente chirurgico, l'Azienda ha individuato gruppi di lavoro specifici che hanno analizzato il percorso chirurgico descrivendolo attraverso un workflow. L'obiettivo è stato di e inserire ruoli, responsabilità, attività principali e individuare elementi di rischio, strumenti di lavoro, tempi e modalità organizzative in grado di garantire il corretto funzionamento del percorso chirurgico, dal momento dell'indicazione chirurgica fino alla

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

dimissione del paziente, informatizzando l'intero percorso. L'idea è stata quella di definire uno strumento di lavoro comune in grado di disegnare i passi clinici e organizzativi riducendo le storture di un sistema a canne d'organo e allineando tutti i professionisti su un unico percorso. Un grande aiuto è derivato dallo sviluppo dell'informatizzazione, il timing del gruppo di lavoro ha suddiviso il workflow in sei fasi definendo per ciascuna: Obiettivi finali, Marker temporali informatizzati di inizio e fine, indicatori informatizzati di processo, struttura ed esito; è stato poi progettato lo strumento che ha il focus sulle attività maggiormente rischiose: il Dossier del paziente chirurgico in grado di tenere alta l'attenzione su aspetti particolarmente critici individuati dal workflow e dalla creazione di uno strumento, oggi inserito nel percorso informatizzato, per la gestione del rischio perioperatorio: il Dossier del paziente chirurgico al fine di garantire un percorso sicuro e appropriato una sorta di "big checklist" che viene allegato alla cartella clinica dei pazienti. I gruppi di lavoro partendo dal modello proposto dalla Regione Emilia Romagna circa l'utilizzo della checklist e l'adesione al progetto SOSnet, ne hanno ampliato l'utilizzo includendo anche tutta la fase pre-operatoria. Il gruppo di lavoro aziendale ha mappato e descritto il workflow per la gestione del paziente chirurgico aggiungendo una importante attività di ricognizione e allineamento alle linee guida regionali, uniformando inoltre tutte le informative al paziente per le diverse procedure chirurgiche e il modulo del consenso informato. L'azienda utilizzando l'informatizzazione dell'intero percorso ha sviluppato un sistema di raccolta dati attraverso una matrice alfa, in accordo con U.O. Qualità e Formazione e con il supporto dei sistemi informativi, oltre che con l'ampliamento delle informazioni derivate anche da SOS.net

Tempistica e responsabilità

Il Risk Manager, il Responsabile della sicurezza e della qualità delle cure, il Referente del Dipartimento di Presidio Unico, il Referente della Direzione Assistenziale e l'U.O. Qualità e Formazione valutano i dati e gli indicatori semestralmente. La condivisione dei risultati con la Direzione Strategia e con i Direttori di Dipartimento è contingente.

D. Attività Lo sviluppo del ruolo delle non technical skills e dello human factor

Miglioramento delle non technical skills quali: decision making, lavoro in equipe e comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti, evidenziando il ruolo importante della prevenzione degli errori legati ad una non corretta comunicazione nelle attività sanitarie. Sviluppo e diffusione di competenze in merito alla prevenzione/gestione di relazioni conflittuali con i

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

collegi e con i pazienti oltre che alla conduzione di situazioni emotivamente intense.

Strumenti

Corsi di formazione in addestramento presso l'Area di Simulazione dell'Azienda ASCO, con focus particolare sull'aspetto delle non technical skills e sullo studio del Fattore Umano.

Tempistica e responsabilità

Il Board operativo dell'Area di Simulazione clinico organizzativa – ASCO- dell'Azienda, con la validazione del Board Scientifico lavorano in accordo con i Direttori di UU.OO. alla creazione e pianificazione di corsi formativi in addestramento che comprendano per ogni corso effettuato una parte dedicata alla diffusione delle abilità non tecniche utilizzato la forte leva della simulazione.

4.2 Piano di sviluppo delle attività

Una volta definiti gli obiettivi strategici dell'Azienda, individuati gli attori del sistema e declinate le attività fino ad oggi svolte, risulta necessario individuare le specifiche attività/progetti che prenderanno corpo nel triennio 2017-2019, andando a collocare ciascuna attività all'interno di uno dei quattro obiettivi strategici dell'Azienda ed evidenziando anche i singoli obiettivi specifici.

Con particolare riferimento all'anno in corso si cercheranno di individuare anche le tempistiche ritenute congrue per lo sviluppo delle singole attività.

La tempistica delle attività programmate per il 2018 e 2019 potrà ovviamente subire delle modificazioni sulla base di mutate esigenze aziendali, così come i singoli interventi potranno essere modificati, aggiunti o eliminati sulla base di scelte strategiche regionali o aziendali.

In linea generale si possono comunque riprendere, per gli anni 2018 e 2019, gli obiettivi strategici e tutto il sistema organizzativo che ne è derivato, ponendo attenzione su alcuni temi ritenuti fortemente significativi:

- Mantenere e potenziare la diffusione della cultura e della responsabilità sul rischio. Incoraggiando e rafforzando l'utilizzo di strumenti quali: checklist, incident reporting con safety walk around nelle UU.OO. e sfruttando l'opportunità di utilizzare l'Area di simulazione clinico organizzativa e sperimentare tutta la parte delle abilità non tecniche cercando di misurarle, insieme al mantenimento delle clinical competence.

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

- Mantenere e potenziare l'innovazione tecnologica a supporto dell'attività clinica e assistenziale e alla gestione del rischio, con l'adozione di una cartella clinica elettronica ormai completamente insediata che sarà supportata da regolamento e manuale tecnico per agevolare l'attività sanitaria.
- Raggiungere obiettivi di tempestività e buon esito nella gestione dei sinistri, cercando di ridurre il numero delle denunce e rafforzando il già considerevole impegno nella gestione dei sinistri nei tempi indicati dalla Regione.
- Mantenere alta e presente l'attenzione degli operatori sul tema del rischio che significa lavorare con maggiore consapevolezza minori timori e maggiore responsabilità, condividendo con la Direzione le eventuali criticità in una logica proattiva.

Nello schema che segue vengono riportate le attività del triennio 2017-2019.

Area intervento	Obiettivo strategico	Obiettivo specifico	Azioni	Responsabile	2017	Rendiconta 2017	2018	2019
Comunicazione e gestione delle crisi	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Affrontare un evento particolarmente critico	Definizione di una procedura per affrontare un evento particolarmente critico	Risk Manager	entro ottobre	Procedura	diffusione procedura	valutazione competenze ed eventuale revisione
Comunicazione e gestione delle crisi	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Sviluppo percorso di mediazione trasformativa	Attività di mediazione	U.O. Direzione Assistenziale	da gennaio a dicembre	Report ed incontri	continuazione	continuazione
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Adesione al progetto regionale Alterazione Farmaci	Programmazione attività in linea con le indicazioni regionali e definizione di apposita procedura	U.O. Farmacia Ospedaliera	entro giugno	Report ed incontri		
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Adesione al progetto regionale Osservare	Programmazione visite comparti operatori in linea con le indicazioni regionali	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	Report ed incontri	continuazione attività	continuazione e attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017- 2019

Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Adesione al progetto regionale Visitare	Programmazione attività in linea con le indicazioni regionali	U.O. Direzione Assistenziale	da gennaio a dicembre	Report ed incontri	continuazione attività su imput RER	continuazioni e attività su imput RER
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Allineamento della tempistica, secondo le indicazioni regionali (modifica percorso consegna consenso e informativa)	Modifica delle checklist e inizio fase di sperimentazione in 1/2 UO del dipartimento chirurgico	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	Relazione su finale sperimentazione	diffusione in nelle altre UO del Dipartimento Chirurgico e rendicontazione	continuazioni e attività e rendicontazione
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Contenzione in salute mentale (SPDC)	Prosecuzione applicazione procedura già in atto	U.O. Direzione Assistenziale	da gennaio a dicembre	Verifica dati	continuazione attività e rendicontazione - eventuale modifica procedura	continuazioni e attività e rendicontazione
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Doppio sistema di governo, riconducibile a due obiettivi diversi ma complementari: gestione del rischio e del contenzioso	Omogeneizzazione delle diverse attività rischio/sinistri con realizzazione di documenti integrati	Risk Manager	entro giugno	Verbali CVS, Schede Triage, Scheda Sinistro		
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Doppio sistema di governo, riconducibile a due obiettivi diversi ma complementari: gestione del rischio e del contenzioso	Sedute di CVS	U.O. Affari Generali e Legali	da gennaio a dicembre	Verbali CVS	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Doppio sistema di governo, riconducibile a due obiettivi diversi ma complementari: gestione del rischio e del contenzioso	Sedute di Triage	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	Schede sinistri analizzati a Triage	continuazione attività	continuazioni e attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Gestione cadute	Revisione procedura e applicazione indicazioni RER	U.O. Direzione Assistenziale	entro settembre	Verifica procedura	continuazione attività e applicazione nuova procedura	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Gestione clinico assistenziali del processo e dei casi	Monitoraggio progetto "Esiti RER"	U.O. Direzione Assistenziale	da gennaio a dicembre	Raccolta dati	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Gestione eventi emorragici nel post partum	Realizzazione istruzione operativa	U.O. Ostetricia e Ginecologia	entro settembre	Verifica realizzazione istruzione	applicazione corretta istruzione	applicazione corretta istruzione
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Implementazione percorso contenzioni in ospedale	Condivisione procedura e diffusione	U.O. Direzione Assistenziale	entro ottobre	Verifica procedura	continuazione attività e applicazione nuova procedura	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Modificazione terapia per pazienti con problemi di assunzione farmaci solidi (vedi progetto regionale)	Diffusione procedura e raccolta dati	U.O. Farmacia Ospedaliera	entro dicembre	raccolta dati	raccolta dati	raccolta dati
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Prevenzione contaminazione ambientale legionellosi e altre contaminazioni ambientali	Sorveglianza epidemiologica ambientale	U.O. Igiene Ospedaliera	da gennaio a dicembre	Numero di campioni con esito al di sotto dei limiti di Legge	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Prevenzione e gestione degli event avversi: "Istruzione operativa per la segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss incident reporting e comunicazione con il paziente";	Audit, incontri interni RCA	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	verbali Audit ed RCA e azioni di miglioramento	continuazione attività	continuazioni e attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Prevenzione e gestione degli eventi avversi: "Procedura organizzativa gestione e analisi degli incident reporting";	Audit, incontri interni RCA	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	verbali Audit ed RCA, azioni di miglioramento e data base regionale	continuazione attività	continuazione attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Revisione "Procedura per la gestione dei sinistri RCT";	Triage e CVS	U.O. Affari Generali e Legali	entro giugno	Verifica procedura modificata	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Revisione della procedura e della istruzione operativa per la gestione e prevenzione del rischio	Ridefinire workflow e indicatori di appropriatezza e tempestività	Risk Manager	entro aprile	Verifica procedure e istruzioni operative aggiornate	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Riduzione del rischio infettivo	Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nei pazienti /utenti nelle UU.OO. chirurgiche ospedaliere (SICHER)	U.O. Igiene Ospedaliera	da gennaio a dicembre	Compilazione schede Sicher	continuazione attività	continuazione attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Riduzione del rischio infettivo	Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni da CRE	U.O. Igiene Ospedaliera	da gennaio a dicembre	Invio dati in Regione	continuazione attività	continuazione attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Rilevazione morti materne	Applicazione protocollo regionale	U.O. Ostetricia e Ginecologia	da gennaio a dicembre	Verifica applicazione protocollo	continuazione attività	continuazione attività
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Adesione al progetto regionale per la richiesta di nuove attrezzature	Diffusione delle nuove modalità con i professionisti interessati	U.O. Pianificazione e gestione investimenti	entro febbraio	Report degli incontri informativi	verifica correttezza richieste	verifica correttezza richieste

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Adesione al progetto regionale per la richiesta di nuovi dispositivi	Diffusione delle nuove modalità con i professionisti interessati	U.O. Farmacia Ospedaliera	entro febbraio	Report degli incontri informativi	verifica correttezza richieste	verifica correttezza richieste
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Creazione del percorso ad hoc del paziente chirurgico ambulatoriale	Analisi e creazione percorso con le UU.OO. interessate	U.O. Direzione Medica di Presidio	entro dicembre	Verifica Procedura	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Formazione al personale sul corretto utilizzo del braccialetto elettronico e della terapia informatizzata	Questionari agli operatori e incontri specifici	U.O. Direzione Assistenziale	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione incontri	check correttezza attività operatori	check correttezza attività operatori
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Formazione al personale sul corretto utilizzo della checklist di precovero informatizzata	Formazione personale	U.O. Sistemi Informativi	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso		
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Gestione interazioni tra farmaci per pazienti > 65 polipatologici	Corso per medici di medicina generale	U.O. Farmacia Territoriale	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso	continuazione attività	continuazione attività
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Procedura percorso dei dispositivi/ferri chirurgici	Confronto con operatori comparto e sterilizzazione	U.O. Direzione Medica di Presidio	entro luglio	Verifica procedura	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Realizzazione di una procedura per lo stato di crisi	Confronto con settori interessati per definizione procedura	Risk Manager	entro dicembre	Verifica procedura	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Revisione della procedura allontanamento paziente	Condivisione con i professionisti interessati	U.O. Direzione Medica di Presidio	entro aprile	Verifica modifica procedura	applicazione corretta procedura	applicazione corretta procedura
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Riduzione del rischio infettivo	Prosecuzione e sviluppo delle attività e dei controlli per l'igiene delle mani	U.O. Igiene Ospedaliera	da gennaio a dicembre	Rendicontazione attività a fine anno	continuazione attività	continuazione attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017- 2019

Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Riduzione del rischio infettivo	Formazione del personale in tema di prevenzione di ICA	U.O. Igiene Ospedaliera	da gennaio a dicembre	Corsi di formazione effettuati	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Segnalazioni ADR	Corso per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	U.O. Farmacia Territoriale	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Sicurezza del paziente chirurgico	Corso in simulazione sul corretto utilizzo e applicazione della check list di sala operatoria	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)		
Rischio clinico	Il supporto stabile dell'ICT	Informatizzazione cartella clinica	Formazione personale	U.O. Sistemi Informativi	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività	
Rischio clinico	Il supporto stabile dell'ICT	Informatizzazione scheda incident reporting	Inserimento modelli in cartella clinica	U.O. Sistemi Informativi	entro agosto	Check su cartella clinica informatizzata		
Rischio clinico	Lo sviluppo del ruolo delle non technical skills e dello human factor	Diffusione dell'abilità di decision making, lavoro in equipe e comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti	Corsi di formazione in addestramento in Area di Simulazione Clinico Organizzativa	U.O. Direzione Medica di Presidio	da gennaio a dicembre	Calendarizzazione corsi	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Rilevamento ed analisi eventi avversi in ambito trasfusionale	Alimentazione data base SISTRA	U.O. Servizio Trasfusionale	da gennaio a dicembre	Verifica inserimento e validazione regionale	continuazione attività	continuazioni e attività
Rischio clinico	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Applicazione modalità richieste e effettuazione trasfusione in base alla nuova normativa	Definizione di una procedura aziendale	U.O. Servizio Trasfusionale	entro febbraio	Verifica adozione procedura	Audit su nuova procedura	continuazioni e attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

Rischio clinico	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Applicazione modalità richieste e effettuazione trasfusione in base alla nuova normativa	Informazione agli operatori dei reparti per l'utilizzo della nuova procedura	U.O. Servizio Trasfusionale	da gennaio a dicembre	Verbali degli interventi	continuazione attività	
Sicurezza ambientale del lavoro	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Promozione dell'offerta vaccinale agli operatori	Mantenimento campagna vaccinazione influenzale agli Operatori	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Indicatore su numero operatori vaccinati	continuazione attività	continuazione attività
Sicurezza ambientale del lavoro	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Riduzione del rischio ambientale	Analisi annuale dello stato delle coperture con amianto	U.O. Prevenzione e Protezione	entro dicembre	Verifica effettuazione valutazione annuale (dicembre 2017)	continuazione attività	
Sicurezza ambientale del lavoro	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Contrasto del rischio biologico	Corso sulle infezioni correlate all'assistenza	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività se necessario	
Sicurezza ambientale del lavoro	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Contrasto del rischio biologico	Corso sul rischio biologico	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività se necessario	
Sicurezza ambientale del lavoro	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Contrasto del rischio biologico	Corso sull'ago di sicurezza	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività se necessario	
Sicurezza ambientale del lavoro	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Movimentazione manuale dei carichi	Corso sul disallattamento del paziente	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività se necessario	
Sicurezza ambientale del lavoro	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Movimentazione manuale dei carichi	Back School (addestramento uso posture e mobilizzazione del rachide)	U.O. Prevenzione e Protezione	da gennaio a dicembre	Verifica effettuazione corso (dicembre 2017)	continuazione attività se necessario	
Sicurezza ambientale del lavoro	Il supporto stabile dell'ICT	Dotare l'Azienda di strumenti informatici utilizzabili	Istituzione di un registro informatizzato delle vaccinazioni del personale	U.O. Sistemi Informativi	entro dicembre	Creazione strumento informatico (dicembre 2017)	applicazione strumento	continuazione attività
Utilizzo sicuro del parco apparecchiature biomediche e tecnologie	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Sicurezza attrezzature sanitarie	Rispetto delle conformità di legge per le nuove attrezzature acquisite	U.O. Acquisizione Beni e Servizi	da gennaio a dicembre	Verifica documentazione di gara (dicembre 2017)	continuazione attività	continuazione attività

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-2019

Utilizzo sicuro del parco apparecchiature biomediche e tecnologie	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Sicurezza attrezzature sanitarie	Consegna manuali d'uso agli utilizzatori	U.O. Pianificazione e gestione investimenti	da gennaio a dicembre	Verifica consegna moduli presa in carico ai reparti (dicembre 2017)	continuazione attività	continuazione attività
Utilizzo sicuro del parco apparecchiature biomediche e tecnologie	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Sicurezza attrezzature sanitarie	Pianificazione attività di verifica di sicurezza elettrica	U.O. Pianificazione e gestione investimenti	da gennaio a dicembre	Report verifiche (dicembre 2017)	continuazione attività	continuazione attività

Copia per la pubblica

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente piano viene redatto nel rispetto della normativa di settore e delle indicazioni regionali contenute nelle delibere di programmazione e negli obiettivi assegnati ai Direttori delle Aziende Sanitarie.

In particolare con riferimento a:

- L.R. n. 29/2004 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale”;
- L.R. n. 13/2012 “Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del SSR”;
- D.M. n. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- DGR n.1706/2009 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”;
- DGR n.2108/2009 “Modificazioni alla deliberazione di giunta regionale n.1706 del 9.11.2009”;
- DGR n. 884/2013 “Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento"”;
- DGR n. 1604/2015 “Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.
- DGR n. 901/2015 “Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2015”;
- DGR n. 1003/2016 “Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2016”;

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

BIBLIOGRAFIA

- Gawande A: “All is not lost”. The newyorker- marzo 2012
- Gawande A. Weiser TG. World Health Organization Guidelines for safe Surgery. Geneva: World Health organization, 2008
- Ghirardini A., Murolo G., Palombo F. “Le migliori esperienze italiane per la gestione del rischio clinico implementate secondo l’approccio multidisciplinare dell’HTA” in Atti del II forum per la valutazione delle tecnologie Sanitarie svoltosi a Trento il 26 e 27 Gennaio 2007.
- Gianino M. Michela, Russo Roberto, Corsi Daniela, et al. "Le fasi di identificazione e valutazione nel processo di risk management: utilizzo di alcuni
- Ministero della Salute, Glossario: la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico, 2006
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Dipartimento della Qualità Direzione generale della Programmazione Sanitaria e dei Livelli di Assistenza e dei principi etici di sistema –Ufficio III dell’ex Ministero della Salute – Uniti per la sicurezza 8 Guide per una assistenza sanitaria più sicura.
- .Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche Sociali - Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III- Raccomandazione per la sicurezza in sala operatoria
- Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche Sociali - Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III- Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Check List e Raccomandazioni – Ottobre 2009
- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità Direzione generale della Programmazione Sanitaria,dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III – “ Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella”
- Ministero della Salute Direzione generale della programmazione sanitaria “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” Dipartimento della Qualità 2007.

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

ALLEGATO: PIANO PREVENZIONE CADUTE IN OSPEDALE

PIANO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

L'assessorato regionale "Politiche per la Salute", con nota del 23 dicembre 2016 e con successiva emanazione delle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale", sollecita a richiamare l'attenzione sulla necessità di consolidare i piani e l'implementazione delle azioni volte alla prevenzione delle cadute in ospedale, come previsto anche dalla DGR 901/2015 "Linee di programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015"...omissis...andrà garantita l'applicazione delle indicazioni regionali in merito alla predisposizione di un piano per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie...omissis... nota del Servizio Presidi Ospedalieri PG/2014/0466526 del 03/12/2014"

Inoltre sottolinea che i Piani per la prevenzione delle cadute, costituiscono parte integrate del Piano-Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione delle Rischio, previsto dalla DGR 1003/2015 "linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016".

La Regione Emilia Romagna ha recepito le Raccomandazioni Ministeriali relative al Rischio Cadute, declinandole in puntuali obiettivi per i Direttori Generali.

Si puntualizza anche che l'adesione alle linee di indirizzo ministeriali rispondono agli adempimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza.

Nel 2012 il Servizio di Assistenza ospedaliera (SAO) ha condotto uno studio Nursing Sensitive Outcome inserendo tra gli esiti sensibili: cadute, lesioni da decubito e contenzione.

La Linea di indirizzo ha prioritariamente l'obiettivo di definire la buona pratica assistenziale per la prevenzione, la gestione dell'evento caduta in ospedale e fornire indicazioni per l'implementazione delle linee di indirizzo stesse.

Le cadute, in quanto Nursing Sensitive Outcome, sono potenzialmente prevenibili, attraverso una puntuale gestione e governo del processo di cura che va dalla valutazione del rischio al monitoraggio degli esiti.

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

**2017-
2019**

Nell'AUSL di PC, da molti anni è in uso un sistema di valutazione del rischio con scala predittiva (prima Tinetti, poi Conley), una scheda di Assessment della caduta per relativa segnalazione alla Direzione Assistenziale. La procedura aziendale (ultima revisione 2015) prevede la valutazione del rischio caduta con Conley all'ingresso e dopo caduta, valutazione del danno eventuale, del monitoraggio dell'evoluzione clinico assistenziale, fino alla segnalazione dell'ES qualora vi fossero danni gravi o morte del paziente. La successiva registrazione nel data base aziendale e reportistica semestrale del fenomeno caduta completano l'applicazione della procedura aziendale in uso, oltre alla rilevazione dei relativi indicatori di esito e di processo.

Il monitoraggio continuo da parte della Direzione Assistenziale (referente Cadute), e la condivisione periodica (insieme agli Incident Reporting) dei casi dubbi/compleksi con il TEAM del Rischio, pur non avendo ridotto il n. complessivo di cadute, ha intensificato la immediata conoscenza e quindi intervento in termini di monitoraggio ed eventuale segnalazione di Evento Avverso /ES, con attivazione di Audit se necessario con eventuali azioni di miglioramento, e/o analisi clinico/assistenziale sul singolo caso. La gestione in tempo reale ha comunque aumentato il n. di segnalazioni e soprattutto la tempestività ed accuratezza di segnalazione, includendo anche la diagnostica di approfondimento ed eventualmente l'esito. Una maggiore ed accurata conoscenza del caso permette al "sistema" rischio di approcciarsi con maggiore organicità anche all'eventuale richiesta risarcitoria.

La revisione della letteratura in merito ha definitivamente superato il paradigma "scala di valutazione-predittività della caduta", rendendone inappropriato l'utilizzo ed orientando l'approccio verso una valutazione clinico assistenziale multidisciplinare ed ambientale.

Interventi: la nuova raccomandazione regionale modifica radicalmente l'approccio alla gestione della caduta in ospedale spostando l'ottica verso un intervento maggiormente rivolto alla valutazione del singolo paziente, situazione in cui la valutazione complessiva ed integrata clinico assistenziale è fondamentale; inoltre la valutazione degli ausili disponibili e della rivalutazione ambientale coinvolge a pieno titolo altre aree dell'Azienda ad es. il Servizio di Prevenzione.

Primo intervento sarà l'immediata individuazione di un gruppo di lavoro per la declinazione della raccomandazione RER in Procedura Aziendale.

Ruolo determinante in questa fase di cambiamento di prospettiva è rivestita dalla formazione/informazione per il coinvolgimento fattivo e responsabile degli operatori.

Piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio Azienda USL Piacenza

2017-
2019

A tal proposito l'Azienda ha già individuato gli operatori (medico ed infermiere) che parteciperanno alla formazione regionale e che saranno i formatori aziendali per la gestione delle cadute.

La Direzione Assistenziale ha già previsto nel **piano strategico della formazione**, a partire dal 2017, due livelli di formazione sulle cadute: un primo livello (FSC) di "conoscenza del fenomeno e della procedura", un secondo livello, (Form. Resid.) più aderente e mirato alle singole realtà, di approfondimento ed approccio clinico assistenziale complessivo.

Dove e Quando: in tutte le UO di Degenza e nelle UO in cui si attuano prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche dell'AUSL, a partire dal primo trimestre 2017 con una previsione di completamento a regime 2018

Chi è coinvolto: tutti gli operatori sanitari coinvolti nei processi di cura rivolti alla persona.

Come: valutazione multifattoriale del paziente e valutazione ambientale in base alle indicazioni della nuova raccomandazione RER.

Altri interventi: stampa e diffusione dei manifesti ed opuscoli informativi per pazienti e visitatori, che nella raccomandazione regionale, al fine di omogeneizzare azioni e comportamenti sul territorio regionale, è stato già previsto includendo il fac-simile da utilizzare per promuovere l'educazione alla prevenzione delle cadute a casa ed in ospedale.

Monitoraggio: indicatori di esito e di processo, sia attraverso gli indicatori posti in procedura, sia attraverso il flusso dei dati aziendali ma anche RER. A tal proposito andrà rivisto il data base aziendale in funzione dei dati che prevederà il flusso regionale in modo da essere allineati con i dati richiesti e funzionali alla valutazione ed all'andamento del fenomeno.

Documento firmato digitalmente e conservato in conformita'
e nel rispetto della normativa vigente in materia.
Il presente documento e' una copia elettronica del documento originale
depositato presso gli archivi dell'A.U.S.L. di Piacenza.

8B-C5-43-C3-67-79-29-B3-51-2C-02-57-C5-5F-5F-AE-85-23-68-86

CADES 1 di 2 del 08/02/2017 13:23:43

Soggetto: GIUSEPPE ARCARI RCRGPP60T10A470M

Validità certificato dal 29/12/2015 12:39:22 al 29/12/2017 12:39:22

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT



CADES 2 di 2 del 08/02/2017 18:36:50

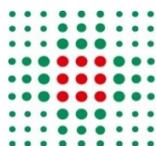
Soggetto: MARIA GAMBERINI GMBMRA69T48H294I

Validità certificato dal 24/11/2015 15:32:56 al 24/11/2017 15:32:56

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT



Copia per la pubblicazione



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 22 DEL 10/02/2017

PROCEDIMENTO DI CONTROLLO

Trasmessa al Collegio Sindacale con nota prot. n. 2017/0011417 del 10/02/2017.

Trasmessa alla Conferenza dei Sindaci con nota prot. n. - del - .

Trasmessa alla Regione in data - con nota prot. n. - .

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio con n. 8531 per 15 giorni consecutivi a decorrere dal 10/02/2017.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. GESTIONE
FLUSSI DOCUMENTALI
(Dott. Alberto Merli)

Documento firmato digitalmente e conservato in conformita'
e nel rispetto della normativa vigente in materia.
Il presente documento e' una copia elettronica del documento originale
depositato presso gli archivi dell'A.U.S.L. di Piacenza.

96-BD-30-7C-76-3B-DB-2E-A0-03-DF-69-05-B0-A5-D9-29-DC-0B-13

CAAdES 1 di 1 del 10/02/2017 11:36:55

Soggetto: LUIGI BASSI BSSLGU52T15G535Y

Validità certificato dal 24/11/2015 13:26:22 al 24/11/2017 13:26:22

Rilasciato da Actalis Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A./03358520967, IT

Commento: FIRMA CON FUNZIONI VICARIALI



Copia per la Pubblica Amministrazione