

 ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 1 di 11

- ORIGINALE**
 COPIA CONTROLLATA N. _____ (per eventuale distribuzione interna a cura del RQ)
 COPIA NON CONTROLLATA
 BOZZA

DATA	ED.	REV.	MOTIVO DELLA REVISIONE
21/12/10	00	00	Prima emissione
06/02/12	00	01	Revisione periodica del documento
11/02/13	00	02	Revisione periodica del documento

REDAZIONE	VERIFICA RQA	APPROVAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa M. Antonietta Campo	Dott.ssa Concettina Rizzo	Prof. Vittorio Virgilio

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 2 di 11

Piano Rischio Clinico

Anno 2013

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 3 di 11

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. OBIETTIVI
3. MAPPATURA DEL RISCHIO E DEFINIZIONE FLUSSI INFORMATIVI PER LA SUA GESTIONE
 - 3.1 Mappatura del Rischio
4. TERMINI E DEFINIZIONI
5. PIANO DELLE ATTIVITA'
 - 5.1 **Analisi del Contesto**
 - 5.2 **On site visit effettuate dagli esperti di JCI**
 - 5.3 **Eventi Sentinella**
 - 5.4 **Obiettivi anno 2013**
 - 5.5 **Formazione**

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 4 di 11

1. INTRODUZIONE

A IL RISCHIO NELLA STRUTTURA SANITARIA

Obiettivo delle organizzazioni sanitarie è rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e sicure; in questo senso le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire a tutte le parti interessate, ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Il Piano Sanitario Nazionale propone di perseguire, nell'ambito del diritto alla salute, la qualità dell'assistenza sanitaria, aggiungendo che "sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e di servizi, alla mancanza di piani formativi del personale, strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi".

La gestione del rischio è da noi intesa una componente importante della nostra organizzazione; per questo, uno degli obiettivi che, sin dall'atto della sua istituzione, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta ha posto al centro delle sue scelte è stato quello di mettere in "sicurezza" le attività più a rischio di errore.

La gestione del rischio clinico e lo sviluppo di un'attività di Risk Management sono stati intesi come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

Nel 2010 è stato approvato, come naturale evoluzione delle attività sino ad oggi condotte, un percorso aziendale di "Sviluppo di un sistema di gestione integrato del rischio ospedaliero" disegnato in base all'attuale mappatura del rischio con la costituzione del Comitato Rischio Clinico Aziendale per la sicurezza del paziente nell'ambito delle strutture sanitarie.

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 5 di 11

L'approccio all'errore che caratterizza il percorso aziendale è il passaggio da una visione centrata sull'individuo come unico colpevole ad una centrata sull'organizzazione come prima responsabile.

L'attività di Risk Management prospettata crea i presupposti affinché l'organizzazione sia attrezzata a ridurre al minimo i margini di errore e faccia tesoro di quanto si può imparare dall'evento indesiderato attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio.

2. OBIETTIVI

Il Percorso Aziendale di Risk Management vuole attivare un sistema di gestione del rischio che abbia come obiettivi iniziali:

- ✓ Definire ed organizzare il flusso informativo relativo al rischio
- ✓ Elaborare ed interpretare i dati del rischio
- ✓ Valutare la dimensione del rischio ospedaliero generale e clinico
- ✓ Analizzare gli eventi potenzialmente causa di danno
- ✓ Gestire la comunicazione delle informazioni relative al rischio ospedaliero
- ✓ Attivare azioni correttive
- ✓ Attivare azioni preventive

Concretamente le aree di sviluppo del progetto sono:

A. Sensibilizzazione e coinvolgimento delle strutture aziendali:

- 1 Diffusione obiettivi e contenuto del percorso,
- 2 Gestione dell'informazione relativa al rischio ed integrazione fra i servizi aziendali interessati,
- 3 Formazione del personale impegnato.

B. Mappatura del rischio e definizione flussi informativi per la gestione del rischio:

1. Mappatura del rischio,
2. Gestione ed analisi dei dati con individuazione delle aree di intervento.

C. Gestione del rischio:

1. Gestione dei sinistri,
2. Messa a regime di un'attività integrata di internal auditing a supporto del risk management,

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 6 di 11

3. Attivazione di azioni di miglioramento, individuazione delle azioni preventive e correttive,
4. Definizione della struttura organizzativa complessiva gestionale del rischio a livello aziendale,
5. Autovalutazione del rischio in ospedale secondo gli standard Joint-Commission
6. Autovalutazione del rischio in emergenza urgenza secondo gli standard Joint-Commission

Nello sviluppo delle diverse fasi del progetto sono individuati alcuni campi d'intervento ritenuti prioritari:

- ✓ La gestione e la struttura della documentazione clinica.
- ✓ Il consenso informato.
- ✓ L'informazione all'utenza.
- ✓ L'informazione agli operatori.
- ✓ La tracciabilità degli atti, le relative responsabilità e i percorsi di documenti e materiali.
- ✓ I flussi di comunicazione fra le diverse aree e professioni coinvolte nei processi di cura.
- ✓ La sicurezza in sala operatoria.
- ✓ Il monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere.
- ✓ La manutenzione ed il corretto utilizzo delle apparecchiature.
- ✓ La gestione dell'emergenza clinica

3. MAPPATURA DEL RISCHIO E DEFINIZIONE FLUSSI INFORMATIVI PER LA SUA GESTIONE

Una corretta ed aggiornata mappatura del rischio all'interno dell'organizzazione non può prescindere dalla chiara definizione dei dati da raccogliere e monitorare. Come presupposto quindi per l'effettiva gestione dei rischi aziendali è necessario individuare un flusso di dati tali da fornire indicazioni continue sul livello e sulle aree di rischio. A tal fine appare indispensabile partire da quanto già disponibile verificando la completezza dei dati, i punti di forza e di debolezza del sistema. Definiti i dati da raccogliere bisogna che, al fine di disporre di una base di elementi in entrata alle analisi adeguata ed attendibile, sia garantito il continuo afflusso ed aggiornamento dei dati stessi. In sintesi bisogna effettuare una riprogettazione del flusso di raccolta dei dati.

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 7 di 11

3.1 Mappatura del rischio

L'Ospedale è da considerarsi come uno dei modelli organizzativi più complessi, sicuramente più di qualsiasi azienda industriale. Non solo è una struttura gerarchicamente e politicamente articolata, aperta tutto il giorno per tutto l'anno a tutti, ad alta professionalità e contenuto tecnologico, ma è anche sede di tutti i possibili rischi (chimico, biologico, nucleare, elettrico.....). Grossolanamente nella struttura ospedaliera si possono individuare come prevalenti fra le diverse tipologie di rischio le seguenti: Rischio clinico o del paziente, Rischio lavorativo o degli operatori, Rischio tecnologico, Rischio strutturale, Rischio economico finanziario, Rischio ambientale. Per ognuna di queste aree dovrà essere effettuata, quando non già disponibile e secondo criteri di priorità ed opportunità, una valutazione del rischio collegato.

La mappatura del rischio avviene attraverso diverse attività e con l'utilizzo di diversi strumenti metodologici: Studio del contenzioso e del reclamo, Analisi dei processi e dei percorsi mediante Failure Mode and Effect Analysis e tecniche ISO, Osservazione sul campo (internal auditing), Segnalazione volontaria, Costruzione di tavole aziendali di attività a rischio. Molta parte della mappatura del rischio clinico è già stata effettuata nell'ambito delle attività condotte dal sistema qualità aziendale. Sono stati, nel corso del lavoro svolto, individuati tre gruppi di dati relativamente all'insorgenza di eventi indesiderati:

- » ciò che è accaduto,
- » ciò che a giudizio degli stessi operatori potrebbe accadere,
- » ciò che a giudizio di osservatori terzi potrebbe accadere.

In rapporto a questi gruppi di dati sono state individuate tre categorie di attività a rischio:

- » il rischio realizzato (eventi che sono accaduti),
- » il rischio percepito (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto dagli operatori),
- » il rischio potenziale (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto da osservatori esterni).

Nello sviluppo del progetto sono previste:

- a Analisi dei dati raccolti.

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 8 di 11

- b Individuazione delle aree scoperte e di lacune ed errori nella casistica a disposizione.
- c Valutazione delle modalità sino ad oggi adottate di utilizzo degli strumenti di autosegnalazione e loro diffusione.
- d Individuazione in via definitiva delle modalità di raccolta delle informazioni relative agli eventi indesiderati non oggetto di contenzioso.
- e Riprogettazione degli strumenti, individuando i percorsi definitivi e le aree di maggior interesse.
- f Attivazione di gruppi di lavoro per l'approfondimento e la valutazione del rischio in aree di maggior peso (anestesia e rianimazione, pronto soccorso chirurgia, neonatologia e sala parto, ortopedia ecc

5. PIANO DELLE ATTIVITÀ


5.1 Analisi del Contesto

Ai fini della stesura del piano per la Qualità ed il Rischio Clinico e più in particolare per la rilevazione delle criticità, quale fonte dati sono state utilizzati

- 1) I risultati delle on site visit effettuate dagli esperti di JCI presso i Presidi Ospedalieri Sant'Elia e Vittorio Emanuele
- 2) I report dell'autovalutazione dei referenti di Presidio del progetto Regione siciliana – JCI;
- 3) Le segnalazioni di eventi sentinella pervenute;
- 4) Le denunce di sinistri;
- 5) I reclami e le segnalazioni pervenuti agli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Dall'analisi delle fonti dati sopra citate sono emerse, nell'ambito dei processi assistenziali dell'Azienda, alcune criticità da porre sotto controllo al fine di migliorare la gestione dell'intero processo assistenziale e l'azione gestionale,

Le criticità emerse costituiranno pertanto le priorità, obiettivo del presente piano, e dovranno essere affrontate dai gruppi di lavoro aziendali nel corso dell'anno 2012.

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 9 di 11

5.2 On site visit effettuate dagli esperti di JCI 2011

Dalle on site visit effettuate dagli esperti di JCI e dai report di autovalutazione sono emerse criticità nei processi:

1. di trasporto e trasferimento dei pazienti e nella conseguente fase di continuità assistenziale, nell'identificazione del paziente e degli operatori che effettuano visita e terapia,
2. nell'applicazione del modello del time-out,
3. nella definizione dei criteri per l'ammissione del paziente in terapia intensiva,
4. nella completezza della compilazione della documentazione sanitaria
5. nel monitoraggio dei pazienti nella fase di dimissione dalla sala operatoria.

Le relazioni delle on-site visit effettuate nel 2013 potranno modificare gli obiettivi di intervento.

5.4 Obiettivi anno 2013

Pertanto in relazione ai dati analizzati e alle criticità sopra evidenziate, ed in ragione delle priorità individuate anche a seguito delle on site visit effettuate dagli esperti di JCI, sono stati definiti per l'anno 2013 i seguenti obiettivi di sicurezza del paziente:

1. assicurare la corretta ed univoca identificazione del paziente e definirne i criteri (International Patient Safety Goal)
2. assicurare l'efficacia delle comunicazioni verbali e telefoniche tra gli operatori (International Patient Safety Goal)
3. assicurare l'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica (International Patient Safety Goal);
4. monitorare l'applicazione della procedura relativa all'anibioticoproflassi;
5. monitorare l'applicazione di almeno n° 6 Raccomandazioni ministeriali
6. garantire la sicurezza dei pazienti nell'attività di trasporto secondario e assicurarne la continuità assistenziale ed il trasferimento appropriato dei pazienti ad altra struttura;

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 10 di 11

7. definire i criteri per l'ammissione dei pazienti in terapia intensiva;
8. identificare con chiarezza l'autore di eventuali annotazioni in cartella clinica, la data e l'ora;
9. assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio;
10. esecuzione del time out nelle sale operatorie aziendali;
11. definire i criteri per la pianificazione dell'anestesia/sedazione nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico;
12. assicurare l'adeguato monitoraggio del paziente nella fase di risveglio;
13. ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di caduta;
14. ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di allergia;
15. identificare le indagini diagnostiche e strumentali appropriate per la valutazione preoperatoria dei pazienti da sottoporre a interventi di chirurgia elettiva;
16. estendere l'utilizzo della scheda unica di terapia a tutte le Unità operative Aziendali;
17. prevenire il rischio di smarrimento dei pezzi anatomici destinati all'anatomia patologica dopo intervento chirurgico;
18. garantire i criteri di appropriatezza nel parto cesareo nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate;
19. attivare il programma "Clean Care is Safety Care";
20. attivare la cartella infermieristica in tutte le UU.OO.;
21. implementare l'utilizzo del partogramma;
22. attivare il monitoraggio clinico:
 - infezioni del sito chirurgico
 - reintervento
 - ricoveri ripetuti per la stessa patologia
 - appropriatezza trasfusionale
23. rilevare la Customer Satisfaction durante il trasporto

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 11 di 11

5.5 Formazione

La revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici e l'introduzione di nuovi, così come la revisione delle procedure organizzative ed assistenziali richiede una intensa sistematica ed organizzata attività di formazione del personale.

Per tale ragione si rende necessario pianificare per il 2013 le seguenti attività formative:

- specifica attività di formazione sui nuovi standard Joint Commission International;
- selezione e formazione degli auditor;
- formazione sulla implementazione delle procedure organizzative ed assistenziali, nonché suoi percorsi diagnostico-terapeutici, finalizzati alla gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente, per tutte professioni sanitarie.