
 ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 1 di 43

- 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
01/10/14	00	03	Revisione periodica del documento

REDAZIONE	APPROVAZIONE
F.to Dott.ssa M. Antonietta Campo	F.to Dr.ssa Ida Grossi

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 2 di 43

Piano Rischio Clinico

Anno 2014

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 3 di 43

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 2014

5.5 Allegato 1 Programma Aziendale P.N.E. 2014

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p> <hr/> <p>Pag. 4 di 43</p>
--	-------------------------------------	---

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 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.

Già dal 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.

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p>
		<p>Pag. 5 di 43</p>

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,

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p> <hr/> <p>Pag. 6 di 43</p>
--	-------------------------------------	---


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

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 43

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:

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<h2>Piano Rischio Clinico</h2>	ASP CL
		Pag. 8 di 43

- a Analisi dei dati raccolti.
- 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

4. TERMINI E DEFINIZIONI

Approvazione	Autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
Accessibilità	La possibilità per gli utenti di accedere e/o utilizzare i servizi, nel luogo e nei tempi appropriati, in funzione dei bisogni e indipendentemente dalle caratteristiche individuali, sociali ed economiche.
Accreditamento	<p>Processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti</p> <p>Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari). Processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali.</p> <p>Accreditamento istituzionale: Riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.</p>
Analisi delle barriere	Metodo strutturato per correlare gli eventi alle insufficienze del sistema e studia le barriere che possono prevenire o ridurre un evento indesiderato.
Analisi delle cause profonde (o cause radice) (Root Cause Analysis)	<p>Metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate. Essa comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la determinazione di fattori umani e di altra natura • la determinazione dei processi e sistemi correlati • l'analisi, attraverso una serie di perché, dei sottostanti sistemi di causa effetto • l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<h2>Piano Rischio Clinico</h2>	<p>ASP CL</p> <hr/> <p>Pag. 9 di 43</p>
--	--------------------------------	---

- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi

Per essere affidabile l'analisi deve:

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti,
- essere coerente in tutte le fasi
- fare riferimento alla letteratura

Nella effettuazione della analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

- debbono essere chiare le relazioni di causa ed effetto,
- non devono essere usati, nelle descrizioni attributi negativi che non spiegano adeguatamente i fenomeni (es. inadeguato, povero),
- ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa,
- ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa,
- devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste.

Analisi delle modalità e degli effetti della vulnerabilità del sistema (FMEA)

Metodologia di identificazione e valutazione dei rischi attuata in 5 fasi, condotta preferibilmente da un gruppo multidisciplinare, volta a valutare in modo proattivo un processo sanitario. Tra gli strumenti utilizzati per l'accertamento della vulnerabilità del sistema si citano il diagramma di flusso, la matrice di pesatura dei rischi e l'albero decisionale della FMEA. Sulla base dei risultati della analisi viene prodotto il piano di azione per identificare, ridurre e prevenire l'impatto di potenziali fattori di rischio. La **FMEA** è un metodo di valutazione qualitativa, basato sull'analisi simultanea delle vulnerabilità (fattori di rischio) del sistema, delle relative conseguenze e dei fattori associati ad esse. L'attribuzione di un indice di rischio, in base alla stima della gravità delle relative conseguenze, della loro probabilità di accadimento e della possibilità di essere rilevato, consente un confronto anche quantitativo (in tal caso viene denominata FMECA.) L'applicazione della FMEA all'ambito sanitario viene denominata HFMEA (Health Failure Mode and Effect Analysis).

Analisi di processo

Descrizione e valutazione sistematica della sequenza di attività di un processo, nella loro successione logico-temporale, identificando eventuali scostamenti rispetto al modello di riferimento

Analisi proattiva

Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità

Analisi reattiva

Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi

Approccio sistemico

L'approccio alla gestione del rischio prevede una visione sistemica che prende in considerazione tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria. Parte dal presupposto che l'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativi in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune

Appropriatezza

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi

Audit clinico

Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte


Causa

Fattore antecedente necessario e sufficiente per il determinarsi di un evento, effetto, risultato od


	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 10 di 43

esito

Competenza	<p>È la "messa in atto" di comportamenti che consentono di eseguire con sicurezza ed efficacia le specifiche attività professionali, ottenendo esiti compatibili con best practice o standard di qualità definiti. Ciò richiede conoscenze, attitudini, appropriati atteggiamenti e abilità intellettuali e psicomotorie.</p> <p>Competenza del personale: capacità di eseguire una prestazione secondo gli standard di qualità richiesti dal sistema. Il giudizio di competenza include: conoscenza ed abilità clinica, capacità di giudizio, unitamente a capacità di comunicazione, condotta personale ed etica professionale.</p> <p>Competenza del paziente: capacità di affrontare le situazioni che riguardano il suo processo assistenziale, ad es. prendere decisioni, fornire o rifiutare il consenso</p>
Consenso informato	<p>Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso informato" gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale)</p>
Cultura della Responsabilità (just culture)	<p>La cultura della responsabilità è fondata su una distinzione chiara e condivisa fra ciò che può essere considerato un comportamento accettabile e non accettabile. Richiede che le organizzazioni creino un clima di fiducia in cui le persone si sentano corresponsabili nel garantire la sicurezza dei pazienti e forniscano informazioni essenziali ad essa correlate. Una "cultura della responsabilità" riconosce che il singolo professionista non deve essere ritenuto responsabile per difetti del sistema, su cui non ha controllo, ma non ammette comportamenti coscientemente imprudenti, rischiosi per i pazienti o gravemente scorretti</p>
Cultura della sicurezza	<p>Impegno per la sicurezza che coinvolge tutti i livelli di un'organizzazione, dalla direzione al personale in prima linea. Modello integrato di comportamenti individuali ed organizzativi basato su convinzioni e valori condivisi volto a promuovere la sicurezza dei pazienti. I fondamenti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conoscenza dei rischi delle attività; • ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte degli operatori, senza timore di biasimo e punizioni; • collaborazione a tutti i livelli, per cercare soluzioni alle vulnerabilità; • impegno dell'intera organizzazione, a partire dalla direzione, ad investire risorse nella sicurezza
Danno	<p>Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)</p>
Disabilità	<p>Qualsiasi tipo di alterazione di parte del corpo o di una sua funzione che comporta una limitazione delle attività e/o una restrizione alla partecipazione alla vita sociale</p>
Empowerment del paziente	<p>Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti</p>
Errore	<p>Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato</p>
Errori attivi	<p>Azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate</p>

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<h2>Piano Rischio Clinico</h2>	ASP CL
		Pag. 11 di 43

Errori latenti	Condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso
Errore di commissione	Errore che si verifica come risultato di un'azione che non doveva essere eseguita
Errore di esecuzione	Errore dovuto a deficit di memoria
Errore di giudizio (mistake)	Incorre nella formulazione di un giudizio, si manifesta nei processi inferenziali coinvolti nella analisi di un problema, nella selezione di un obiettivo o nella esplicitazione dei mezzi per raggiungerlo. Può essere dovuto a scelta di regole errate o a conoscenze inadeguate
Errore in terapia (medication error)	Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da: Errore di prescrizione Riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione Errore di trascrizione/ interpretazione Riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o di scrittura Errore di etichettatura/confezionamento Riguarda le etichette ed il confezionamento che possono generare scambi di farmaci Errore di allestimento/preparazione Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (per esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso Errore di distribuzione Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti Errore di somministrazione Avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso
Esito (Outcome)	Modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati
Evento (Incident)	Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
Evento avverso (Adverse event)	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"
Evento avverso da farmaco (Adverse drug event)	Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR)
Evento evitato (Near miss o close call)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
Evento sentinella (Sentinel event)	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 12 di 43

fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Fallimento delle difese/controllo	Il venir meno della capacità dei dispositivi o delle procedure di controllo o delle barriere di protezione
Farmaci ad alto rischio	Sono quei farmaci che hanno un rischio elevatissimo di provocare danni significativi ai pazienti quando vengono usati in modo inappropriato
Farmacovigilanza	Insieme di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione
Fattori favorenti	Fattori antecedenti all'evento, che ne favoriscono il verificarsi o ne aggravano l'esito. Talvolta sono usati come sinonimi di errori latenti
Fattori mitiganti	Fattori, identificabili sia in azioni che in omissioni, anche casuali e fortuiti, che possono alleviare o minimizzare un esito altrimenti più grave
Fattori umani	Termine utilizzato come sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti
Gestione del farmaco	L'insieme dei processi interdipendenti che condividono l'obiettivo di sicurezza, efficacia, appropriatezza ed efficiente erogazione della terapia farmacologica ai pazienti. I principali processi di questo sistema sono: selezione e approvvigionamento, stoccaggio, prescrizione e trascrizione, preparazione e distribuzione, somministrazione e monitoraggio degli effetti, smaltimento
Governo clinico	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (Sally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998)
Gravità	Misura del danno conseguente ad un evento avverso effettuata sulla base di scale predefinite
Guasto	La cessazione della capacità di una tecnologia biomedica, ovvero di un suo accessorio, ad eseguire una delle funzioni richieste
Hazard	Fonte potenziale di danno
Lapsus	Errori di esecuzione che risultano da azioni compiute diversamente rispetto all'intenzione a causa di deficit di memoria.
Linee guida basate sulle evidenze	Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica ed a migliorare gli esiti di salute
Misura del rischio	Valutazione statistica della correlazione tra il fenomeno osservato ed una o più variabili (fattori di rischio)
Monitoraggio	Verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e/o continuative e l'utilizzo di indicatori

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<h2>Piano Rischio Clinico</h2>	ASP CL
		Pag. 13 di 43

Near miss	(vedi Evento evitato)
Processo	Sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito
Qualità dei servizi sanitari	Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili
Reazione avversa a farmaco (Adverse Drug Reaction)	Risposta ad un farmaco, indesiderata, involontaria, nociva e non prevenibile, che si verifica alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche
Reclamo	Espressione di una insoddisfazione nei confronti di una prestazione sanitaria, relativamente al risultato atteso, che può essere avanzata sia in forma orale che scritta e può essere rilevata attraverso flussi informativi specifici o indagini ad hoc, al fine sia di tutelare la salute dei cittadini sia di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari
Rischio (Risk)	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)
Segnalazioni obbligatorie (Mandatory reporting)	Sistemi di segnalazione istituiti e/o regolamentati da norme che prevedono la rilevazione di specifici eventi avversi
Segnalazioni volontarie (Voluntary reporting)	Sistemi di segnalazione, non regolati da norme, caratterizzati dalla rilevazione spontanea di qualunque tipo di evento avverso
Sicurezza del paziente (Patient safety)	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti
Sicurezza nell'uso dei farmaci (Medication safety)	Insieme di azioni adottate, nel percorso di gestione del farmaco, per evitare, prevenire o correggere gli eventi avversi che possono derivare dall'uso di farmaci
Sistema	Complesso di fattori intercorrelati, umani e non, che interagiscono per raggiungere uno scopo comune. Per sistema sanitario si intende l'insieme delle attività il cui scopo primario è quello di promuovere, recuperare o mantenere lo stato di salute
Sistemi ad alta affidabilità	Sistemi ed organizzazioni che operano in condizioni di elevato rischio ma che hanno pochi selezionati eventi avversi, quali ad esempio i sistemi di controllo del traffico aereo e gli impianti di produzione di energia nucleare. Nella letteratura sulla sicurezza del paziente, le organizzazioni ad alta affidabilità vengono considerate per la capacità di garantire prestazioni efficaci e di sicurezza con risultati vicini ad errore zero (e non soltanto superiori alla media) nonostante operino in ambienti imprevedibili ed in organizzazioni intrinsecamente rischiose
Sistema di	È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<h2>Piano Rischio Clinico</h2>	<p>ASP CL</p> <hr/> <p>Pag. 14 di 43</p>
--	--------------------------------	--

segnalazione degli incidenti (Incident reporting)

condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche:

- 1) non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni, come risultato della propria segnalazione;
- 2) confidenziale: l'identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte non è mai rivelata a terzi;
- 3) indipendente: il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione coinvolta nell'evento;
- 4) analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistemiche sottostanti;
- 5) tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi;
- 6) orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi, nei processi o nei prodotti;
- 7) rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nell'organizzazione

Sorveglianza (Surveillance)

Monitoraggio nel tempo di un fenomeno, che utilizza tutte le fonti informative disponibili, in particolare i flussi informativi correnti e i sistemi di rilevazione istituiti ad hoc. Nel caso specifico degli eventi avversi vengono considerati anche i reclami degli utenti e i procedimenti legali in corso

Stakeholders

Portatori di interessi, soggetti che influenzano a qualche titolo in processo o il sistema considerato. In sanità si considerano, tra gli altri: la utenza dei servizi, le organizzazioni dei cittadini, le associazioni di volontariato, la comunità, i dipendenti e le loro organizzazioni, gli amministratori pubblici, i fornitori, gli assicuratori

Valutazione del rischio (Risk assessment)

Processo di identificazione dello spettro dei rischi, intrinseci ed estrinseci, insiti in un'attività sanitaria, di analisi e misura della probabilità di accadimento e del potenziale impatto in termini di danno al paziente, di determinazione del livello di capacità di controllo e gestione da parte dell'organizzazione, di valutazione delle opportunità, in termini di rischio/beneficio e costo/beneficio. Per assicurare la considerazione di tutti i rischi è utile adottare un approccio multidisciplinare

5. PIANO DELLE ATTIVITÀ

5.1 Analisi del Contesto

Ai fini della stesura del piano 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.

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p>
		<p>Pag. 15 di 43</p>

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 2014.

5.2 On site visit effettuate dagli esperti di JCI 2013

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

1. Da presidiare soprattutto l'obiettivo sulla comunicazione sicura.
2. Valutazione e rivalutazione del rischio di caduta e relative azioni di prevenzione compatibili con le tipologie di pazienti.
3. Uniformare le modalità di utilizzo del foglio di terapia. Talora incompleto sia nella fase della prescrizione che della somministrazione.
4. Uniformare le modalità di conservazione dei farmaci: non risultano documentate o non sono omogenee le verifiche sui farmaci dell'urgenza e le verifiche sulle scadenze dei farmaci e dei presidi.
5. Uniformare la modalità di conduzione e descrizione della valutazione pre-induzione. Da implementare il piano di assistenza post operatorio.

5.3 Eventi Sentinella

Dal settembre 2010 è stato attivato il flusso SIMES, che peraltro costituisce obiettivo per l'anno 2010 del Direttore Generale, per la segnalazione di eventi sentinella che hanno interessato problematiche collegate a rilascio di corpo estranei di materiale all'interno chirurgico, alle cadute dei pazienti, ad errore trasfusionale. Gli eventi sono già stati segnalati al Ministero della Salute ed all'Assessorato Regionale della Salute ed è stata eseguita, con la collaborazione degli operatori interessati, un'analisi dei fattori che

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p> <hr/> <p>Pag. 16 di 43</p>
--	-------------------------------------	--

possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.


L'analisi degli eventi accorsi nell'anno 2013 ha fatto emergere i le seguenti aree di criticità:

- procedura per la prevenzione delle cadute;
- procedura per il monitoraggio del dolore;
- comunicazione operatore-operatore e operatore-paziente.

5.4 Obiettivi

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 2014 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'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica (International Patient Safety Goal);
3. migliorare le modalità di prevenzione del rischio TEV;
4. identificare con chiarezza l'autore di eventuali annotazioni in cartella clinica, la data e l'ora;
5. monitorare l'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali;
6. assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio;
7. esecuzione del SIGN IN, TIME OUT e SIGN OUT nelle sale operatorie aziendali;
8. ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di caduta;
9. ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di allergia;
10. migliorare l'anibioticoproflassi perioperatoria;
11. monitorare il corretto utilizzo della scheda unica di terapia;
12. migliorare le modalità di valutazione del dolore;

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 17 di 43

13. implementare l'utilizzo del partogramma;
14. garantire i criteri di appropriatezza nel parto cesareo nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate;

a) Obiettivo n° 1

Assicurare la corretta ed univoca identificazione del paziente e definire i criteri per l'identificazione dei pazienti (International Patient Safety Goal)

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 18 di 43

Scopo

Prevenire gli errori nella identificazione del paziente e della procedura cui deve essere sottoposto.

Identificare con affidabilità che l'individuo sia la persona a cui il trattamento o il servizio siano destinati

Far corrispondere servizio e trattamento a quello programmato per un dato individuo

Definire le modalità di identificazione dei pazienti non collaboranti.

Metodologia

Monitoraggio applicazione procedura per l'identificazione del paziente

Formazione del personale

Indicatore

N° di pazienti con braccialetto identificativo/totale dei pazienti

N° persone formate/totale invitati

Valore atteso

Il 100% dei pazienti in regime di ricovero ordinario deve essere identificato tramite braccialetto

Il 20% del personale deve avere frequentato almeno un corso di formazione sul rischio clinico

Monitoraggio

Audit interno a cadenza semestrale

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale e Direttori Unità Operative – pubblicazione annuale su sito WEB aziendale

Cronoprogramma


attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Re-training Formazione del personale												
Audit												

b) Obiettivo n° 2

Assicurare l'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica (International Patient Safety Goal)

Scopo

Assicurare la corretta identificazione del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 20 di 43

Migliorare l'efficacia della comunicazione

Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

Metodologia

Monitoraggio della procedura aziendale per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria

Applicazione della procedura presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria

Formazione degli operatori

Indicatore

N° pazienti identificati secondo la procedura/totale dei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico;

N° di pazienti con sito chirurgico identificati secondo procedura/totale dei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico.

Valore atteso

100%

Monitoraggio

Audit semestrale per la valutazione dell'utilizzo uniforme del segno adottato in azienda per l'identificazione del sito chirurgico

Audit semestrale per la valutazione della corretta preparazione dei pazienti

Comunicazione


Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Monitoraggio della procedura per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria												
Formazione del personale												
Audit												

c) Obiettivo n° 3

Migliorare le modalità di prevenzione del rischio di TEV

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 22 di 43

Scopo

Ridurre il rischio di TEV nei pazienti ricoverati

Uniformare il modello di scheda utilizzata per la TEV, impiegando modelli validati dalla comunità scientifica internazionale

Rispettare quanto previsto dal D.A. pubblicato nella GURS del 20-1-2013 con il quale è stato adottato il documento "Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso".

Rispettare quanto previsto dal D.A. pubblicato nella GURS il 29 marzo 2013 "Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale"

Metodologia

Predisposizione scheda per la valutazione del TEV da parte della U.O. Rischio Clinico

Diffusione alle Unità Operative delle "Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso".

Diffusione della scheda alle Unità Operative

Utilizzo della scheda

Strumento

Scheda per la valutazione del rischio di TEV

Indicatore

N. di schede di valutazione del rischio di TEV / N. cartelle cliniche esaminate

Valore atteso 100% a partire da aprile 2014

Monitoraggio

Verifica, nel corso degli audit, da parte della U.O. Rischio Clinico della presenza della scheda nella cartella clinica

Comunicazione

Report alla Direzione Aziendale e alle Unità Operative

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Predisposizione scheda per la valutazione del TEV da parte della U.O. Rischio Clinico												
Diffusione delle schede ai reparti												
Utilizzo della scheda di valutazione del TEV												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 24 di 43

d) Obiettivo n° 4

Identificare con chiarezza l'autore, la data e l'ora di eventuali annotazioni riportate in cartella clinica e nella cartella infermieristica

Scopo

Assicurare i bisogni del paziente
Favorire la comunicazione fra operatori
Favorire la comunicazione con il paziente
Garantire il paziente circa i trattamenti effettuati
Prevenire errori nella somministrazione delle terapie.

Metodologia

Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare
Revisione ed estensione del regolamento aziendale e della procedura aziendale cartella clinica e cartella infermieristica

Strumento

Diffusione della procedura per la gestione della cartella clinica
Formazione degli operatori

Indicatore

N° delle valutazioni in cui è identificabile l'autore, la data e l'ora di eventuali annotazioni / n° di valutazioni esaminate

Valore atteso

80%

Monitoraggio


Audit interno a cadenza semestrale

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Revisione procedure e istruzioni operative cartella clinica – cartella infermieristica												
Formazione del personale												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 26 di 43

e) Obiettivo n° 6

Assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio (Standard JCI: PFR)

Scopo

Assicurare informazioni chiare e complete al paziente, al tutore e/o agli aventi diritto

Definire chi è deputato a fornire informazioni al paziente, al tutore e/o agli aventi diritto

Definire un elenco delle categorie e/o delle tipologie di trattamento e procedure che richiedono uno specifico consenso informato

Metodologia

Costituzione gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare

Revisione della procedura aziendale del consenso informato

Applicazione della procedura presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura consenso informato

Estendere a tutti i Presidi Ospedalieri dell'azienda il modello unico di consenso informato

Redazione schede informative

Formazione degli operatori

Indicatore

Completezza della compilazione delle schede di consenso informato/totale schede di consenso informato valutate nel corso dell'audit

Valore atteso

85%

Monitoraggio

Audit semestrale per la valutazione del consenso informato all'anestesia e all'atto chirurgico nei reparti chirurgici


Audit semestrale per la valutazione del consenso informato alla trasfusione nei reparti medici e chirurgici

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Revisione procedure e istruzioni operative consenso informato												
Formazione del personale												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 28 di 43

f) Obiettivo n° 7

Esecuzione del Sign In, Time Out e Sign Out nelle sale operatorie aziendali
(International Patient Safety Goal)

Scopo

Assicurare la corretta identificazione del paziente

Migliorare l'efficacia della comunicazione

Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

Assicurare il corretto posizionamento del paziente

Metodologia

Implementazione procedura aziendale per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria

Revisione della documentazione adottata nelle sale operatorie per la registrazione delle fasi di Sign In, Time Out e Sign Out

Applicazione della procedura e adozione della documentazione presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria

Formazione degli operatori

Indicatore

N° schede di time out compilate /totale di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico;

Valore atteso

85%

Monitoraggio

Audit semestrale per la valutazione dell'utilizzo delle schede di time out

Raccolta segnalazioni di errori evitati in corso di timeout


Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e

Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Implementazione della procedura per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria												
Formazione del personale												
Audit												

	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 30 di 43

g) Obiettivo n° 8

Ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di caduta (Obiettivo internazionale per la sicurezza dei pazienti n° 6)

Scopo

Identificare i pazienti a rischio caduta

Identificare le misure necessarie a ridurre il rischio

Rispettare il DA pubblicato nella GURS del 16-09-2011, che ha adottato un set standard dal manuale JCI e l'IPSG n.6 che richiede che l'organizzazione provveda a valutare il rischio di caduta dei propri pazienti.

Metodologia

Applicazione della procedura presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura aziendale per la gestione del rischio collegato alla caduta del paziente

Scheda di valutazione del rischio di caduta

Formazione degli operatori

Indicatore

N° cartelle infermieristiche con valutazione rischio caduta / cartelle infermieristiche valutate

Valore atteso

75%

Monitoraggio

Audit semestrale per la verifica in cartella infermieristica dell'avvenuta valutazione del rischio caduta

Attivazione sistema di incident reporting presso tutti i presidi dell'azienda- raccolta ed analisi schede di segnalazione

Analisi eventi sentinella


Analisi contenzioso

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Implementazione della procedura per la gestione del rischio collegato alla caduta del paziente												
Formazione del personale												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Piano Rischio Clinico</p>	<p>ASP CL</p>
		<p>Pag. 32 di 43</p>

h) Obiettivo n° 9

Ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di allergia

Scopo

Identificare i pazienti a rischio di allergia

Identificare le misure necessarie a ridurre il rischio

Metodologia

Adozione braccialetto (rosso) di identificazione dei pazienti allergici

Diffusione istruzioni operative per il personale

Strumento

Istruzioni operative

Informazione verso gli operatori circa l'adozione del braccialetto

Indicatore

Applicazione dei braccialetti identificativi nei pazienti allergici / pazienti allergici presenti nell'U.O. al momento dell'audit

Valore atteso

100%

Monitoraggio


Audit semestrale per la verifica in cartella annuale di verifica circa l'uso del braccialetto

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Implementazione della procedura di identificazione del paziente												
Formazione del personale												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 34 di 43

i) Obiettivo n° 10

Migliorare l'antibiotico profilassi perioperatoria

Scopo

Ridurre il rischio infettivo nei pazienti sottoposti a chirurgia

Uniformare le modalità di esecuzione della profilassi antibiotica in chirurgia

Rispettare quanto previsto dal DA pubblicato nella GURS del 23 -12-2011 che ha adottato la linea guida nazionale "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto"

Rispettare quanto previsto dal DA pubblicato nella GURS il 29 marzo 2013 "Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico della cartelle cliniche del SSR"

Metodologia

Trasmissione scheda antibiotico profilassi alle UU.OO.

Utilizzo della scheda per l'antibiotico profilassi perioperatoria

Strumento

Scheda antibiotico profilassi

Indicatore

N. di cartelle cliniche di pazienti sottoposti a procedura chirurgica con schede di registrazione della profilassi antibiotica perioperatoria complete / N. di cartelle cliniche di pazienti sottoposti a procedura chirurgica esaminate

Valore atteso

< 100%

Monitoraggio


Audit semestrale per la verifica della presenza in cartella clinica dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico della scheda

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Predisposizione scheda antibiotico profilassi												
Diffusione della scheda alle UU.OO.												
Utilizzo della scheda												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 36 di 43

j) Obiettivo n° 11

Utilizzo della scheda unica di terapia in tutte le unità operative aziendali

Scopo

Ridurre il rischio nella gestione della terapia
Ridurre gli errori collegati alla prescrizione
Ridurre gli errori collegati alla posologia
Ridurre gli errori collegati alla via di somministrazione
Ridurre gli errori collegati alla trascrizione ripetuta
Tracciabilità delle azioni svolte
Favorire la comunicazione fra operatori
Definire le responsabilità
Individuare il medico prescrittore
Individuare l'operatore che ha somministrato la terapia

Metodologia

Gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare
Revisione modello Scheda Unica di Terapia
Adattamento modello scheda unica di terapia alle unità operative di terapia intensiva

Strumento

Scheda Unica di Terapia aziendale
Formazione degli operatori

Indicatore

N° di Unità Operative che hanno adottato la Scheda Unica di Terapia/ Totale delle Unità Operative Aziendali

Valore atteso

50%

Monitoraggio

Audit semestrale per la valutazione del rispetto dei requisiti previsti dalla scheda unica di terapia


Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e

Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Revisione ed estensione procedura scheda unica terapia												
Formazione del personale												
Audit												

 <p>ASP CALTANISSETTA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Piano Rischio Clinico	ASP CL
		Pag. 38 di 43

k) Obiettivo n° 12

Migliorare le modalità di valutazione del dolore

Scopo

Contenere il dolore nei pazienti ricoverati

Uniformare le modalità di valutazione del dolore nei pazienti ricoverati presso le strutture aziendali

Rispettare la Legge 15 marzo 2010 n.38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore” che richiede all’interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica, in uso presso le strutture aziendali, siano riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero

Metodologia

Inserire tra i parametri vitali la rilevazione del dolore

Presenza ad ogni rilevazione dei parametri vitali, della valutazione del dolore in cartella clinica o infermieristica

Strumento

Scheda di rilevazione del dolore al ricovero

Scheda di monitoraggio del dolore

Indicatore

N. di annotazioni del monitoraggio del dolore nella scheda di monitoraggio in cartella / N. cartelle esaminate

Valore atteso

100%

Monitoraggio

Audit semestrale

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Elaborazione delle schede di valutazione e di monitoraggio del dolore												
Adozione delle schede di valutazione e di monitoraggio del dolore												
Audit												

I) Obiettivo n° 13

Implementare l'utilizzo del partogramma nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia

Scopo

Ridurre il rischio correlato al parto
Ridurre gli errori collegati al parto
Ridurre i parti cesarei
Tracciabilità delle azioni svolte
Favorire la comunicazione fra operatori
Definire le responsabilità
Individuare gli operatori coinvolti

Metodologia

Gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare
Revisione della letteratura
Stesura del modello di partogramma

Strumento

Modello di Partogramma
Formazione degli operatori

Indicatore

**N° di Unità Operative che hanno adottato il partogramma /
Totale delle Unità Operative Aziendali**

Valore atteso

60%

Monitoraggio

**Audit semestrale per la valutazione del rispetto dei requisiti
previsti dal modello di partogramma**

Comunicazione

**Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e
Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale**

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Stesura del modello di partogramma												
Formazione del personale												
Audit												

a) Obiettivo n° 14

Ridurre il numero di parti cesarei nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate

Scopo

Garantire i criteri di appropriatezza nel parto cesareo nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate

Metodologia

**costituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale Multidisciplinare;
ricerca nelle banche dati delle linee guida attinenti;
valutazione delle linee guida reperite per identificare la linea guida metodologicamente corretta;
contestualizzazione della linea guida alla realtà aziendale;
eventuale integrazione delle evidenze;
redazione della bozza di percorso diagnostico-terapeutico;
costituzione di un Panel di Esperti dell'Azienda;
valutazione della bozza da parte del Panel di Esperti dell'Azienda e redazione del percorso diagnostico-terapeutico;
disseminazione del percorso diagnostico-terapeutico ai clinici utilizzatori;**

Strumento

Formazione del personale

Indicatore

**n. parti cesarei nelle primipare e nelle pluripare non cesarizzate /
totale parti**

Valore atteso

40%

Monitoraggio

Audit trimestrale

Comunicazione

**Report trimestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO e
Unità Operative – pubblicazione sito WEB aziendale**

Cronoprogramma

attività	gen	feb	mar	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
1° fase: identificazione delle priorità;											
2° fase: costituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale Multidisciplinare;											
3° fase: ricerca nelle banche dati delle linee guida attinenti;											
4° fase: valutazione delle linee guida reperite per identificare la linea guida metodologicamente corretta;											
5° fase: contestualizzazione della linea guida alla realtà aziendale;											
6° fase: eventuale integrazione delle evidenze;											
7° fase: redazione della bozza di percorso diagnostico-terapeutico;											
8° fase: costituzione di un Panel di Esperti dell'Azienda;											
9° fase: valutazione della bozza da parte del Panel di Esperti dell'Azienda e redazione del percorso diagnostico-terapeutico;											
10° fase: disseminazione del percorso diagnostico-terapeutico ai clinici utilizzatori;											