



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



*Management*

**ASP**

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# Piano di RISK MANAGEMENT

Anno 2015



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# PIANO DI RISK MANAGEMENT ANNO 2015

## ***1.Premessa. Il Piano di Risk Management: i risultati raggiunti nell'anno 2014.***

La definizione del Piano di Risk Management per l'anno 2015 non può prescindere nei suoi contenuti dall'analisi dei risultati raggiunti con l'attuazione del Piano precedente.

Il Piano 2014 è stato approvato con deliberazione aziendale n. 170 del 31 marzo 2014 avente ad oggetto "Approvazione Piano di Risk Management - Anno 2014".

*Lo sviluppo attuativo del Piano 2014 e delle progettualità previste è stato rendicontato nella Relazione conclusiva, trasmessa alla Regione entro i termini previsti (28/02/2015) con nota prot. n.27758 del 23.02.2015.*

*Rimandando, pertanto, alla suddetta Relazione per una lettura più approfondita delle azioni realizzate nell'anno precedente, si rappresenta, in questa sede, che gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno 2014 sono state le seguenti :*

- ***L'analisi dei processi aziendali e dei sistemi di controllo, e lo sviluppo di procedure e modalità organizzative finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza prescrittiva in una prospettiva di gestione dei rischi per il paziente e per l'azienda, sono stati alla base dell'attività condotta dall'Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive. L'attività di auditing rivolta alle U.S.I.B., alle UU.OO. Cure Primarie e all'Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera, si è incentrata sulle azioni***

**necessarie per il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e della sicurezza del paziente, con particolare riferimento agli ambiti della prescrizione ed erogazione dei farmaci e dell'assistenza protesica ed integrativa.**

- **L'Area di staff Internal Audit e Attività Ispettive ha realizzato, inoltre, il previsto monitoraggio delle attività manutentive delle apparecchiature sanitarie presso i presidi ospedalieri,** coinvolgendo la U.O. Attività Tecniche e i Direttori di P.O., allo scopo di verificare la corretta e sistematica attuazione dei controlli sulla sicurezza elettrica, sul funzionamento delle principali attrezzature con cui entrano in contatto i pazienti, dei defibrillatori e delle apparecchiature per il sollevamento e la movimentazione, inclusi i sollevatori per i pazienti.
  
- **Programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure utilizzate per le Cure Palliative e Domiciliari.** L'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa ha predisposto e attuato nel 2014 un programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi, allo scopo di:
  - Individuare possibili situazioni di criticità delle procedure che possono compromettere l'appropriatezza delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti;
  - Migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate.

**Sono state individuate n. 9 procedure per l'Area delle Cure Palliative** (quali, ad es. la procedura Impianti PICC e Mid-Line in ospedale e a domicilio, Paracentesi domiciliari, Gestione Terapia del Dolore, ecc) **e n. 4 procedure per l'Area delle Cure Domiciliari** (Modalità di Presa in Carico di un Paziente; Distribuzione Farmaci e Presidi; Controllo Appropriately Prestazioni; Raccolta, Elaborazione e Trasmissione dati di Attività).

**I controlli sono stati effettuati su tutte le procedure ed è stata, altresì, elaborata una reportistica con cadenza trimestrale.**

- In considerazione della notevole entità di pazienti in cure domiciliari, della complessità dell'assetto gestionale e delle ricorrenti interrelazioni degli operatori aziendali con soggetti terzi, per ridurre il rischio elevato di inappropriatezza clinica, gestionale ed economica., l'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa ha ritenuto necessario ricorrere **all'uso della posta elettronica certificata (PEC) fra le diverse componenti del sistema. Tale scelta ha reso possibile l'uso della parte iconografica della documentazione relativa al paziente e anche il rilascio di prescrizioni e autorizzazioni in tempo reale, con grande risparmio di tempo e ottimizzazione dei costi.**
- Un'altra modalità organizzativa implementata dalla suddetta Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari che si è rivelata efficiente ed efficace è quella di effettuare a domicilio gli impianti di devices (PICC e Mid-line).

L'esperienza in parola è stata oggetto di presentazione al 9° Forum Risk Management, tenutosi ad Arezzo il 26 novembre 2014. In tale contesto si è sottolineato il vantaggio di un impianto eseguito direttamente a domicilio rispetto ad una esecuzione in ambito ospedaliero, soprattutto in riferimento alla possibile insorgenza di infezioni. Infatti, come esplicitato anche nella relazione di presentazione dell'esperienza, si è potuto verificare sul campo che, a parità di riproduzione di ambiente sterile, il tasso di infezioni risulta nettamente inferiore nel caso degli impianti eseguiti a domicilio.

Le due modalità organizzative menzionate saranno oggetto di ulteriore approfondimento nel 2015, a testimonianza che il concetto di rischio tende ad ampliarsi tra "rischio/opportunità", giacché agli impatti negativi (minacce) sono associati anche potenziali impatti positivi (opportunità) da perseguire, secondo quanto sottolineato dal Direttore dell'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa.

- **Controllo delle Infezioni correlate ai processi assistenziali- Procedura Lavaggio Mani**

Tale procedura è stata attivata presso il P.O. di Villa d'Agri, nelle UU.OO. di Medicina/Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Rianimazione, Dialisi, SPDC e UTIC, e nel P.O. di Lagonegro, mentre è in corso di attivazione presso il P.O. di Melfi.

- **Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture ospedaliere**

Tale procedura è stata attivata presso il P.O. di Villa d'Agri, nelle UU.OO. di Medicina/Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Rianimazione, Dialisi, SPDC e UTIC, e nel P.O. di Lagonegro mentre è in corso di attivazione presso il P.O. di Melfi.

- **Presso il P.O. di Villa d'Agri il Dirigente Medico del Presidio ha portato a termine a fine 2014 un'indagine conoscitiva** sull'adozione e applicazione delle suddette procedure nei Reparti, indagine che nel 2015 sarà condotta anche presso gli altri presidi ospedalieri.

- **Gestione dei Farmaci e controllo dei Farmaci LASA**

Tale procedura è stata attivata presso il P.O. di Villa d'Agri, nelle UU.OO. di Medicina/Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Rianimazione, Dialisi, SPDC e UTIC, e nel P.O. di Lagonegro mentre è in corso di attivazione presso il P.O. di Melfi; **presso il P.O. di Villa D'Agri sono state, inoltre, date istruzioni operative ai reparti per la gestione informatizzata dei farmaci in scadenza.**

**Per quanto riguarda, nello specifico, la gestione dei farmaci LASA, la U.O. di Farmacologia Clinica ha provveduto all'invio e al controllo del recepimento della procedura** da applicare nelle strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP. Allo scopo di prevenire errori in terapia legati all'utilizzo di tali farmaci in ambito ospedaliero, sono state inviate precise indicazioni a riguardo. Inoltre ogni sospetto di evento avverso legato all'assunzione di farmaci LASA è stato attenzionato ed è stato oggetto di confronto anche con i MMG, sia attraverso audit personalizzati sia attraverso contatti telefonici.

**Al fine di promuovere una sensibilizzazione degli utenti sulle tematiche del rischio**, sono stati effettuati sia numerosi colloqui con i familiari dei pazienti presso il domicilio, sia contatti diretti sulla conservazione e utilizzo di farmaci e presidi.

- **Il Progetto “Procedura per la identificazione del rischio clinico nel blocco operatorio del P.O. di Lagonegro” è stato solo avviato nel 2014**, portando alla individuazione delle più frequenti categorie generali di errore presenti nelle sale operatorie, con la finalità di pervenire successivamente alla elaborazione e condivisione di Linee Guida sulla prevenzione del rischio operatorio.
- **Progetto“Rilevazione e analisi della percezione del rischio da parte degli utenti”, curato dall’URP di Potenza.**

Ai fini della rilevazione del rischio percepito dagli utenti si è fatto ricorso ai questionari che sono stati predisposti dall’URP per rilevare il grado di soddisfazione dell’utenza (customer satisfaction), integrando le voci già presenti con due domande sulla percezione del rischio.

I rischi evidenziati dagli utenti sono di vario genere (inadeguatezza degli ascensori, bagni non adeguati ai portatori di handicap,ecc) e saranno valutati dagli uffici competenti per i provvedimenti più opportuni.

- **La formazione in materia di Risk Management nel 2014**

Nel 2014 la formazione è stata rivolta al personale medico e sanitario con **due corsi, uno su “La gestione degli audit clinici”, e l’altro sul Triage.**

## **2.Obiettivi strategici e linee d'intervento della programmazione 2015.**

**L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull'approccio per processi,** nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un' ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, **gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno 2015 sono di seguito specificati.**

**A. Piano di audit per l'anno 2015.** L'attività di auditing, in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza e della sicurezza del paziente, dovrà incentrarsi, in maniera particolare, sui seguenti settori, in continuità con quanto già avviato nell'anno precedente:

- **attività del personale, con particolare riferimento alla produttività del personale dei servizi della radiologia,** analisi estesa a tutta l'ASP considerato che nell'anno 2014 è stata condotta limitatamente all'ambito della ex ASL n. 2;

- **gestione e attività manutentive delle apparecchiature sanitarie- verifica dell'attivazione del Piano dei Controlli.** In particolare si andrà a monitorare l'applicazione ed il rispetto dei seguenti criteri nei presidi ospedalieri:

- L'ospedale ha un quadro aggiornato dello stato tecnico e funzionale oltre che dello stato di obsolescenza delle apparecchiature a disposizione;
- L'ospedale conserva la documentazione relativa alla manutenzione delle principali attrezzature mediche con cui entrano in contatto i pazienti (ad es. monitor cardiaci, pompe per infusioni, ventilatori);
- Tutti i defibrillatori vengono sottoposti a un programma documentato di manutenzione e taratura da parte di un ingegnere elettrico o di un tecnico;
- Tutte le apparecchiature elettriche sono sottoposte a un programma di manutenzione programmata e testate secondo i requisiti di legge;
- Tutte le apparecchiature per il sollevamento e la movimentazione, inclusi i sollevatori per i pazienti, vengono regolarmente controllate e sottoposte a manutenzione;
- L'ospedale ha un programma per la riparazione dei guasti delle attrezzature essenziali ai fini della qualità della cura durante e fuori dall'orario di lavoro.

**B. Gestione dei farmaci e controllo dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri**, anche in conformità a quanto contenuto nella raccomandazione ministeriale n. 12/2010 “prevenzione degli errori in terapia con farmaci LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE (farmaci LASA)” . Si provvederà all’attivazione della procedura volta a prevenire gli errori in terapia legati all’uso di tali farmaci presso il P.O. di Melfi, fornendo indicazioni per scongiurare lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione.

Si effettuerà, altresì, il monitoraggio della corretta applicazione della suddetta procedura nei PP.OO. di Villa d’Agri e Lagonegro, dove è già operativa dal 2014.

In breve, in ossequio a quanto raccomandato dal Ministero della Sanità, si è disposto di:

**1.** prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci, in modo da disporre separatamente, sia in Farmacia che in reparto, nonché negli ambulatori, quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, “allerte”) purché condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione Sanitaria;

**2.** evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci;

**3.** precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione: in caso di dubbio consultare il medico prescrittore o il farmacista e, per la congruenza della prescrizione, accertarsi anche dell’indicazione terapeutica;

**4.** evitare l’uso di abbreviazioni, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano oppure usare abbreviazioni condivise;

**5.** preferire la scrittura in stampatello, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;

**6.** prevedere un doppio controllo delle preparazioni, almeno per i *farmaci ad alto livello di attenzione*;

**7.** in fase di dimissione, fornire ai pazienti le informazioni relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo ad interazioni con altri farmaci e con alimenti, modalità di assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali etc.

**C. Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali- applicazione della Procedura Lavaggio Mani.** L'attività nel 2015 sarà volta ad estendere tale procedura anche al P.O. di Melfi, mentre è stata già implementata nei PP.OO. di Villa d'Agri e Lagonegro.

**D. Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie.** Il Progetto dedicato a tale tematica, già avviato nel 2013, sarà esteso nel 2015 anche alle strutture ambulatoriali e residenziali.

**E. Indagine conoscitiva sull'applicazione delle procedure esplicitate alle lettere B), C) e D)** all'interno dei PP.OO. dell'Azienda (come già rappresentato in Premessa, tale indagine conoscitiva è stata condotta nell'anno precedente solo nell'ambito delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri).

**F. Progetto "PROCEDURA PER LA IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO NEL BLOCCO OPERATORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAGONEGRO"**

**Motivazioni alla base del Progetto in parola:** l'alto numero di eventi avversi che si possono verificare, secondo la letteratura, nelle Sale Operatorie e quindi la opportunità di lavorare per diminuire tale incidenza, nonché il verificarsi di un evento sentinella nella Sala Operatoria del Presidio Ospedaliero di Lagonegro.

**Obiettivo generale del Progetto** è quello di diffondere la cultura della prevenzione del danno anche attraverso la sensibilizzazione alla segnalazione dell'evento avverso.

**Obiettivi specifici:**

- Stesura e condivisione di una Linea Guida sulla prevenzione del rischio operatorio
- Definizione di una modalità per l'individuazione ed il monitoraggio dei pazienti esposti al rischio.
- **Struttura in cui realizzare il Progetto:** Presidio Ospedaliero di Lagonegro. " Il Progetto è stato avviato nel 2014, portando alla individuazione delle più frequenti categorie generali di errore presenti nelle sale operatorie, con la finalità di pervenire successivamente alla elaborazione e condivisione di Linee Guida sulla prevenzione del rischio operatorio.

**Indicatori:**

- Elaborazione, condivisione ed implementazione delle Linee Guida
- Realizzazione del modello di monitoraggio dei rischi specifici.



## **G. Progetto “RILEVAZIONE E ANALISI DELLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI UTENTI”**

Anche nel corso del 2015 si provvederà alla rilevazione del rischio percepito dagli utenti che accedono ai servizi sanitari dell’Azienda. Ai fini della rilevazione, che sarà nuovamente curata dall’URP, si farà ricorso ai questionari che già vengono somministrati periodicamente per rilevare il Grado di Soddisfazione dell’Utenza (Customer Satisfaction), integrandone le voci con domande finalizzate ad approfondire la percezione del rischio da parte degli utenti su particolari aspetti dell’assistenza ricevuta.

La statistica curata dall’URP sulle segnalazioni/reclami provenienti dagli utenti già individua alcune aree critiche per quanto attiene direttamente e/o indirettamente la percezione del rischio, quali:

- Gli aspetti alberghieri e del comfort delle strutture sanitarie
- Gli aspetti strutturali e logistici delle strutture sanitarie
- Gli aspetti tecnico – professionali della prestazione erogata

Tali aree critiche saranno ulteriormente “indagate” per cogliere la percezione dei rischi dal punto di vista dell’utente.

**H Programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure utilizzate per le Cure Palliative e Domiciliari.** L’Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa svilupperà anche nel 2015 il programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi, di cui si è riferito nelle pagine precedenti.

Le procedure individuate per l’Area delle Cure Palliative e per l’Area delle Cure Domiciliari saranno oggetto di riflessione e di analisi ai fini di una possibile estensione a livello aziendale della metodologia approntata dall’Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa.