



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP**

PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO - ANNO 2025

Premessa

Il Gruppo Regionale di Coordinamento per la Gestione Rischio Clinico e sicurezza del paziente, mediante documento avente titolo “strategie del GRC per il triennio 2023-2025”, ha esplicitato i diversi obiettivi che si impongono alle aziende sanitarie nell’intervallo di tempo epigrafato ed al quale il piano annuale non può che conformarsi.

Gli obiettivi che sono stati prefissati, possono declinarsi come segue:

“Obiettivo 1. Monitoraggio implementazione Raccomandazioni Ministeriali /Linee di indirizzo regionali nelle ASR

Indicatore: Numero Raccomandazioni Ministeriali/L.I. regionali implementate sul numero totale delle Raccomandazioni Ministeriali-L.I. regionali

Standard: Numero Raccomandazioni Ministeriali - L.I. regionali implementate / numero totale Raccomandazioni Ministeriali-L.I. regionali = non inferiore al 90%

Obiettivo 2. Monitoraggio della applicazione delle procedure della sicurezza in sala operatoria ed identificazione del referente responsabile della checklist

Indicatore: Numero Check list compilate e firmate dal referente / Numero di interventi chirurgici eseguiti
Valore valido 1 valori inferiori a 1 sono considerati negativi

Standard: Numero Check list compilate e firmate dal referente 90%

Obiettivo 3. Attività di formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza ed all’apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio

Indicatore: Numero di corsi di formazione aziendali in tematiche attinenti al rischio clinico/ totale dei corsi di formazione aziendali

Standard: Numero di corsi di formazione aziendali in tematiche attinenti al rischio clinico = 50%

Obiettivo 4. Monitoraggio del rischio infettivo

Attività:

- ☐ Descrizione dei modelli operativi aziendali per la rilevazione dei germi multi resistenti;
- ☐ Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE;
- ☐ Definizione/implementazione/consolidamento della sorveglianza attiva delle colonizzazioni/infezioni da microrganismi resistenti ai carbapenemi (CRO) e degli altri microrganismi alert MDRO;

- ☐ Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert;
- ☐ Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alla: a. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile; b. Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico; c. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario; d. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
- ☐ Adesione di almeno un “laboratorio” aziendale per il monitoraggio nazionale AR-ISS;
- ☐ Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo;
- ☐ Supporto alle attività del team stewardship antimicrobica (AST): elaborazione dei dati di consumo dei farmaci antinfettivi espressi in DDD/ 100 gg degenza;
- ☐ Programmazione delle attività di ogni CIO Aziendale formalizzato e deliberato e approvazione dei protocolli operativi;
- ☐ Organizzazione di attività di formazione/informazione degli operatori sanitari mirate all'igiene delle mani;
- ☐ Organizzazione di attività di formazione/informazione degli operatori sanitari mirate alla prevenzione delle ICA, incluso COVID-19 e mirate al buon uso degli antimicrobici.”

Programmazione 2025 per ASP Basilicata

Con deliberazione del Direttore Generale ASP Basilicata N. 967/2023, avente ad oggetto “DGR n. 137/2015 e DGR 255 del 5.5.23 - RISCHIO CLINICO” - INDIVIDUAZIONE GRUPPO AZIENDALE” veniva ridefinito il sistema del rischio clinico aziendale nei suoi diversi organismi di: Gruppo Aziendale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico (GAC); Funzione Aziendale; Rete dei Referenti Aziendali.

A tal proposito si richiama la Deliberazione di Giunta Regionale, DGR n. 137 del 10/2/2015 avente titolo “*Istituzione del Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23 febbraio 2011*” definisce compiti e composizione dei diversi elementi di sistema, nel dettaglio:

- GAC: si prefigge di gestire, attraverso strumenti e metodi, i rischi associati alle attività e ai processi aziendali;
- Funzione Aziendale (tra i tanti): sviluppare e diffondere la cultura della sicurezza, definire una strategia di prevenzione dell'errore ed implementazione della sicurezza, intraprendere azioni per ridurre incidenza e gravità di incidenti ed eventi avversi;
- Rete dei referenti aziendali: funzione di supporto alle attività di prevenzione e gestione del rischio.

Gli obiettivi di seguito riportati sono da intendersi quali elementi per la relazione delle UOC sulla gestione del rischio clinico da inviare entro il febbraio 2026.

RISULTATI PROGRAMMATI

Obiettivo 1. Predisposizione delle procedure aziendali sulle Raccomandazioni Ministeriali

Il grande lavoro fatto l'anno scorso dal GAC per rivedere le procedure aziendali relate alle Raccomandazioni Ministeriali necessita di concludersi con la procedura relativa alla prevenzione di "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118". Tale obiettivo si intenderà realizzato mediante collaborazione, quando richiesta, da parte del GAC o del Clinical Risk Manager aziendale o mediante proposta da parte della struttura nella redazione di una procedura aziendale o relativa ed applicabile alla propria struttura di appartenenza.

Indicatore: Partecipazione attiva alla redazione di una procedura

Standard: Partecipazione attiva alla redazione di una procedura > 0 = 1

Tempistica di realizzazione: entro dicembre 2025.

Obiettivo 2. Attività di individuazione dei rischi in alcune attività territoriali campione attraverso un rinnovato modello di "Safety Walkaround".

Il safety walkaround (SWA) è uno strumento di individuazione del rischio, tra gli strumenti di valutazione del rischio sanitario. Introdotto per la prima volta da *Frankel et al.*, questo strumento si basava sulla visita di diversi reparti dell'ospedale, ponendo domande specifiche sugli eventi avversi o sui quasi incidenti verificatisi e intercettati, e sui fattori o elementi del sistema che potrebbero aver portato a tali eventi. Successivamente, si è assistito all'introduzione di questionari standardizzati i cui risultati normalizzati potevano essere confrontati nel tempo tra diversi reparti o all'interno dello stesso reparto a seguito dell'introduzione di elementi correttivi. Oggigiorno, esiste anche la possibilità di studiare, attraverso l'SWA, i processi in funzione, in modo da poter aumentare la consapevolezza degli operatori. In questo contesto, lo scopo del presente studio è valutare se l'SWA, implementato e adattato alle nuove esigenze dei sistemi sanitari territoriali, possa essere uno strumento utile per l'identificazione del rischio di errore in ambito sanitario. Trattandosi in questa prima fase di una sperimentazione, non ci si concentrerà sulla quantità ma sulla qualità e tipologia dei dati.

Standard: Report sulle attività svolte

Tempistica di realizzazione: elenco delle attività al 31 dicembre

Obiettivo 3. Formazione del personale in tema di rischio clinico e rischio infettivo.

Data la scarsa aderenza agli eventi formativi in presenza, la formazione verrà raggiunta attraverso lo strumento dei “focus group”. Un focus group è meglio definito come un piccolo gruppo di partecipanti (massimo 10) accuratamente selezionati (autorevoli e specifici per professionisti) che contribuiscono ad individuare temi per gli approfondimenti. Il gruppo si occuperà delle tematiche generiche del rischio e di tematiche specifiche per setting assistenziale al fine di individuare tematiche di maggiore interesse/carenza per generalizzare il campionamento all’intera popolazione. Questa modalità permetterà da un lato di creare una rete di referenti, dall’altro di pianificare successivi momenti formativi.

Standard: Report sulle attività svolte

Tempistica di realizzazione: entro il 31 dicembre

Obiettivo 4. Mappatura delle aggressioni agli operatori sanitari

Utilizzando come guida, il questionario proposto dalla organizzazione mondiale della sanità “VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO NEL SETTORE DEI SERVIZI SANITARI STRUMENTI DI RICERCA NELLO STUDIO DI CASI NAZIONALI INDAGINE CONOSCITIVA”. Renderne la compilazione obbligatoria per i professionisti della salute, così da poter avere una idea più completa.

Standard: Report sulle attività svolte

Tempistica di realizzazione: entro il 31 dicembre

Obiettivo 5. Monitoraggio dell’attività di Segnalazione e Rilevazione di Eventi sentinella, eventi avversi, near miss ed esiti inattesi

Facendo riferimento alla procedura aziendale sull’incident reporting, tale obiettivo potrà essere raggiunto mediante la compilazione di tale scheda (che si ricorda essere obbligatoria nei casi di eventi sentinella e facoltativa in tutti gli altri casi, e successive fasi di analisi e conferimento al SIMES).

Standard: Report sulle attività svolte

Tempistica di realizzazione: entro il 31 dicembre

BIBLIOGRAFIA

- Deliberazione Giunta Regione Basilicata - DGR n. 137/2015
- Deliberazione del Direttore Generale ASP Basilicata N. 967/2023
- Determinazione Dirigenziale Regione Basilicata – Dipartimento Politiche della Persona - 13AB.2015/D.00272 11/6/2015
- “Every error counts”: SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E NEAR MISS – Procedura ASP Basilicata
- GLOSSARIO del Ministero della Salute - http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;
- Governo clinico e sicurezza delle cure – Ministero della Salute - <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/homeSicurezzaCure.jsp>
- Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO NEL SETTORE DEI SERVIZI SANITARI STRUMENTI DI RICERCA NELLO STUDIO DI CASI NAZIONALI INDAGINE CONOSCITIVA ITALIANO, World Health Organisation (WHO), Geneva 2003
- Legge 24/2017 - <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- Ministero della Salute, Risk Management in Sanità Il problema degli errori, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, DM 5 marzo 2003
- *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:* http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it
- Rischio clinico e sicurezza del paziente - strategie del GRC per il triennio 2023-2025 – GRC Basilicata