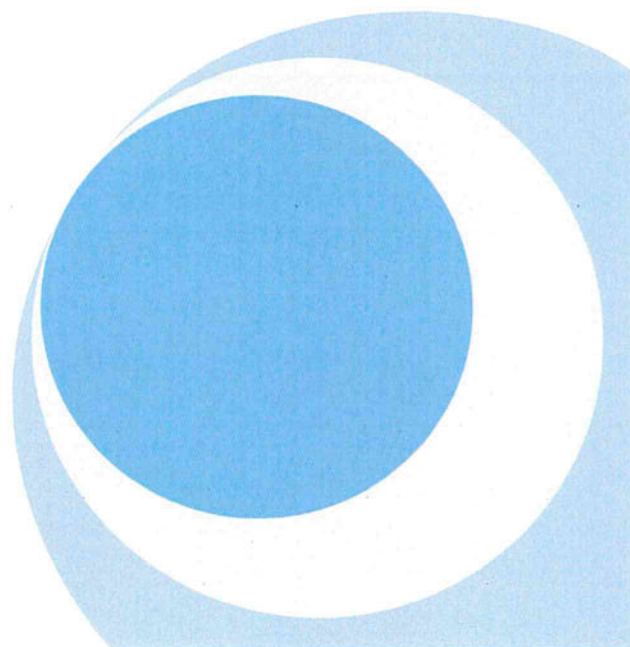


**RELAZIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI
PAZIENTI**

Anno 2022

Dr.ssa Ketti Ottolitri
Risk manager IC



1. INTRODUZIONE	3
2. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	3
3. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI.....	4
3.1 Self assessment: adozione delle raccomandazioni ministeriali	4
4. MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI RISCHI.....	5
4.1 Segnalazioni di Incident Reporting (IR)	6
4.2 Patient Safety Walkarounds (SWR)	7
4.3 Mortality and Morbidity	7
4.4 Sinistri	8
4.5 Failure Mode, Effect and Consequence Analysis (FMECA)	8
5. FORMAZIONE	9
6. ADESIONE AI REQUISITI PREVISTI DALLA L.R. 22/2002 E ALL'INIZIATIVA "CALL FOR GOOD PRACTICE 2022"	9
7. STRATEGIE AZIENDALI DI RIFERIMENTO PER L'ANNO 2023	9

1. INTRODUZIONE

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico è diventato una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo criteri di qualità e sicurezza. Sia a livello ministeriale che regionale, sono in atto numerose iniziative per promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti. Il rischio clinico può essere definito come la possibilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno/disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure e/o all'assistenza prestate durante il ricovero. Come conseguenza di ciò, il paziente potrebbe subire un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute, un danno irreversibile o addirittura morire.

Il Risk Management, è l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori sanitari. Garantire la sicurezza dei pazienti è un dovere dei professionisti, che a tal fine devono utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti/azioni di miglioramento necessari per evitarne la ripetizione.

Si dovranno attuare delle strategie per far fronte agli eventi avversi, andando ad agire sui diversi fattori che possono contribuire all'evento quali: la comunicazione (sia tra operatori che operatore – paziente), il paziente (scarsa adesione al trattamento terapeutico o scarsa compliance), il personale ed il suo operato e/o fattori legati all'organizzazione della Unità Operativa o dell'Istituto.

I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "principio dell'imparare dall'errore".

È fondamentale, quindi, inserire nei documenti di programmazione aziendale la strategia per promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio che deve essere adeguatamente divulgata. La strategia dell'organizzazione deve ruotare intorno al processo di Risk management, che diventa strumento del governo clinico dove il focus è la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'organizzazione in generale.

2. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La Delibera n. 1831/2008 della Regione Veneto definisce il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema socio – sanitario Regionale del Veneto da attuare all'interno dell'Azienda Sanitaria, costituito da:

- Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività per la gestione del rischio avvalendosi del Risk Manager aziendale. Inoltre, approva tutte le procedure trasversali inerenti alla sicurezza delle cure e la gestione del rischio;
- Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, definito Risk Manager;
- Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente.

Con nota protocollo n°12229 del 16.07.2018 è stata designata la funzione di Risk Manager, con l'assegnazione delle seguenti funzioni:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti;
- rilevazione del rischio di mancata appropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e individuazione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e collaborazione alla formazione degli operatori in materia;
- realizzazione di analisi, monitoraggio e coordinamento operativo del flusso a supporto della sicurezza del paziente (eventi sentinella, Incident Reporting, cadute, ecc.);
- monitoraggio degli eventi sentinella attraverso l'adozione del protocollo elaborato dal Ministero della Salute – Recepimento del Decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)";
- elaborazione di strategie per la prevenzione del contenzioso, l'analisi e monitoraggio della sinistrosità aziendale.

Gli obiettivi della gestione del rischio clinico sono:

- aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori della sanità;
- dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine dell'Istituto e la fiducia del paziente;
- ridurre le possibilità di contenzioso tra il paziente e l'Istituto.

Questi si declinano in:

- ridurre l'incidenza degli eventi avversi;
- ridurre il danno degli eventi caduta;
- fornire competenze per la comunicazione di eventi avversi;
- sensibilizzare gli operatori sanitari alla segnalazione.

Inoltre con la nota protocollo n. 638 del 01.10.2020 è stato determinato il modello organizzativo aziendale per la gestione della sicurezza del paziente, che comprende:

- il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, risk manager;
- il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente.

Il Comitato Esecutivo per la sicurezza del paziente, coordinato dal Risk Manager, è così composto:

- Medico di direzione medica;
- Presidente della commissione ospedaliera (ICA);
- Responsabile UOSD Professioni sanitarie;
- Direttore UOC Farmacia;
- Responsabile SPP;
- Componente Ufficio Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS;
- Direttori di Dipartimento;
- Coordinatori Qualità e Rischio di dipartimento.

A cui saranno affidati i seguenti compiti:

- approva ed integra le misure di prevenzione per la riduzione dei rischi proposte dal risk manager;
- esamina e valuta gli eventi avversi segnalati definendo gli ambiti e le azioni prioritarie di intervento;
- propone programmi di formazione e aggiornamento sul tema della prevenzione e gestione del rischio clinico, da inserire nel Piano di Formazione Aziendale;
- partecipa alla definizione e strutturazione del sistema informativo per la sicurezza del paziente;
- promuove la cultura della sicurezza in Istituto.

3. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Il Ministero della Salute ha sviluppato e diffuso una serie di "Raccomandazioni" per la sicurezza delle cure al fine di offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti.

L'attività ministeriale si è sviluppata nel corso degli anni portando all'emanazione ad oggi, di 19 raccomandazioni. Tutte le Raccomandazioni sono già state recepite dall'Istituto Oncologico Veneto mediante la definizione di specifiche Istruzioni operative/procedure aziendali.

Nel 2022 si è provveduto ad aggiornare le procedure/istruzioni operative aziendali, relative alle raccomandazioni riportate in tabella 1.

Raccomandazione n. 4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
Raccomandazione n. 5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
Raccomandazione n. 8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Tabella 1. Raccomandazioni Ministeriali revisionate anno 2022

Si è provveduto inoltre alla compilazione del questionario Agenas. Il monitoraggio AGENAS dell'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali si avvale in maniera ormai consolidata (dal 2016) di un applicativo per l'inserimento dei dati che prevede di allegare in formato elettronico la documentazione aziendale che attesta l'implementazione di ogni Raccomandazione.

3.1 Self assessment: adozione delle raccomandazioni ministeriali

Al fine di verificare l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali all'interno dell'Istituto Oncologico Veneto, in collaborazione con la UOC Farmacia, e con il contributo dei titolari di incarico organizzativo e i referenti rischio clinico, si è adottata la metodologia del self assessment.

Per self assessment si intende un'autovalutazione attraverso l'utilizzo di uno strumento appositamente redatto che permette di effettuare un'autodiagnosi da parte dell'UO.

Per le Raccomandazioni Ministeriali 1, 7, 12, 14, 17, 18, 19, e la conseguente Istruzione Operativa/Procedura di contestualizzazione adottata dall'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, sono stati identificati dei criteri ai fini della valutazione della loro applicazione.

Gli obiettivi della scheda di self assessment sono di seguito elencati:

- valutare il livello di aderenza alle procedure/istruzioni operative in uso, affinché si riduca il rischio di accadimento di eventi avversi;
- individuare le aree di miglioramento della singola UO;
- garantire una maggiore sicurezza al paziente.

Dall'osservazione effettuata nel mese di giugno 2022, rispetto a quella effettuata nel 2021 emerge un incremento dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali soggette a verifica rispetto all'anno precedente, sia per l'intera raccomandazione sia rispetto ai requisiti minimi identificati per ogni raccomandazione.

4. MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI RISCHI

Le organizzazioni sanitarie dispongono di un ampio insieme di metodi reattivi e proattivi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. In riferimento all'attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitarie e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

Nella tabella 2 sono riportate le fonti informative disponibili nel contesto aziendale. Dall'analisi proattiva e reattiva dei dati relativi alla singola fonte si estraggono le informazioni necessarie per una oggettiva mappatura delle tipologie dei rischi. L'oggettiva, sistematica e continuativa individuazione delle tipologie di rischio e delle relative sedi di accadimento, congiuntamente alla conoscenza quantitativa degli eventi indesiderati, dei relativi livelli di gravità ed esito, dei possibili danni economici e di immagine, rappresentano la base metodologica per l'acquisizione degli elementi necessari per individuare le aree prioritarie di intervento.

Fonte informativa	Oggetto della segnalazione	Tipologia di informazione	Contributo rispetto alle strategie
Incident Reporting	Eventi avversi, eventi evitati, cadute, infezioni e aggressioni	Qualitativa/quantitativa	Alto
Patient Safety Walkarounds	Eventi avversi, eventi evitati	Qualitativa	Medio/alto
Mortality and Morbidity	Eventi avversi	Qualitativa	Medio/alto
Richieste risarcimento danno	Eventi di Sinistro	Qualitativa/quantitativa	Medio
Failure Mode, Effect and Consequence Analysis (FMECA)	Possibilità di errore	Qualitativa	Medio/alto

Tabella 2. Fonti informative disponibili

Le sovra menzionate fonti informative si basano su specifici sistemi di identificazione del rischio ognuno dei quali costituisce una modalità di raccolta strutturata degli eventi avversi/eventi evitati/potenziali errori. Nell'anno 2022 si è provveduto ad applicare la metodologia del "Patient Safety Walkarounds" nell'area medica, mentre si è applicato il metodo della "Mortality and Morbidity" nell'area chirurgica.

Dall'analisi dei dati si generano le informazioni qualitative necessarie per individuare le criticità prioritarie rispetto alle quali l'Istituto sviluppa le proprie linee strategiche di intervento finalizzate a mettere in atto azioni specifiche per evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verificino nuovamente.

Al fine di ottemperare agli obblighi normativi (ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017) si riportano di seguito gli eventi occorsi nell'anno 2022 (Tabella 3).

Tipo di evento	% su totale eventi	Fattori causali o contribuenti	(%)	Azioni di miglioramento	(%)	Fonte informativa	(%)
quasi eventi / eventi	98,5%	strutturali	0%	strutturali	0%	incident reporting	98,6%
eventi sentinella	1,1%	tecnologici	0%	tecnologici	6%	richieste risarcimento danni	0,3%
sinistri	0,2%	organizzativi	56%	organizzativi	22%	vigifarmaco	0,6%
		comunicativi	21%	comunicativi	42%	emovigilanza	0,6%
		procedurali	21%	procedurali	30%		
Totale	100%		100%		100%		100%

Tabella 3. Eventi occorsi anno 2022

Di seguito si riportano le fonti informative considerate maggiormente utilizzate per la messa in atto di una strategia basata sulle evidenze.

4.1 Segnalazioni di Incident Reporting (IR)

Il sistema di IR rappresenta il principale strumento di segnalazione da parte degli operatori sanitari. L'Istituto Oncologico Veneto ha portato a sistema l'utilizzo di questo strumento di segnalazione volontaria degli eventi avversi/eventi evitati garantendo la partecipazione di tutte le Unità Operative, anche attraverso l'utilizzo della procedura di segnalazione, redatta in ottemperanza alla DGR 2255 del 30.12.2016. Le segnalazioni vengono caricate nello specifico database contribuendo ad alimentare la banca dati regionale dell'IR. Si rammenta come l'IR non abbia alcuna finalità epidemiologica ma che tutta la letteratura concordi nel ritenere utile tale strumento in associazione e complementarietà con altri strumenti di rilevazione del rischio. Al contempo un alto numero IR è indice di aumento della cultura della sicurezza aziendale e il risultato delle attività di formazione/addestramento proposte negli anni precedenti.

Alle segnalazioni prese in carico è seguita l'analisi mediante apposite metodologie, con l'obiettivo finale di introdurre nel sistema adeguate misure correttive per la mitigazione e la prevenzione del ripetersi degli eventi o il ripresentarsi delle condizioni di rischio

Le segnalazioni di IR comprendono:

- eventi avversi e near miss;
- cadute;
- infezioni.

Eventi avversi e near miss

Dall'analisi del report delle segnalazioni di eventi avversi e near miss, si evidenziano come le aree maggiormente coinvolte l'area inerente al processo farmacologico e all'identificazione del paziente. Per tutti gli eventi/quasi eventi segnalati, a seguito di adeguate istruttorie, sono state identificate e implementate azioni di miglioramento e individuati indicatori di esito e di processo specifici al fine di scongiurare il ripetersi dell'evento.

Cadute

Le cadute possono rappresentare un problema importante nell'ambito del ricovero del paziente: da una caduta possono nascere conseguenze serie per il paziente, per la sua famiglia, soprattutto quando gli esiti comportano lesioni gravi o fratture che riducono la motilità ed aumentano il grado di dipendenza.

I contesti a maggior rischio si confermano le aree di degenza per cui è stato attuato un percorso di event audit, formazione e interventi per la valutazione multidimensionale del rischio.

Gli indicatori di esito e di processo costantemente monitorati sono di seguito elencati:

CRITERIO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RILEVAZIONE
Frequenza dell'evento caduta	N° di utenti che cadono durante il ricovero	/	n. cadute/n. giornate di degenza totali (X1000 gdg) degenze ordinarie
Frequenza dell'evento caduta sullo stesso ricovero	N° di utenti che ricadono durante il ricovero	/	n. pazienti con più di un evento caduta/n. totale dei pazienti con evento caduta

Applicazione strumenti rischio individuale	Applicazione della scheda di accertamento su tutti i pazienti ricoverati	100%	n. schede di accertamento rischio individuale/totale pazienti ricoverati
--	--	------	--

Infezioni

Lo IOV, in adeguamento alle indicazioni regionali recepite con procedura aziendale "Sistema Incident Reporting" aggiornata ed emessa in data 27.05.2021, ha provveduto alla formazione del personale, riguardo alla modalità di segnalazione di tutte le infezioni correlate all'assistenza riscontrate all'interno delle UUOO tramite la segnalazione sul portale regionale.

Aggressioni

Nel mese di marzo 2022 è stata emanata la REV.01 delle linee guida IOV-IRCCS per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione Ministeriale n°8). Nel corso dell'anno 2022 si sono tenuti dei corsi per istruttori regionali per "Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione" organizzata da Azienda zero e Fondazione Scuola di Sanità Pubblica. Hanno partecipato ai corsi regionali personale afferente all'Ufficio Rischio Clinico, UOSD Psicologia Ospedaliera e Servizio Prevenzione e Protezione.

Nel mese di dicembre è stato eseguito un corso di formazione con istruttori regionali IOV-IRCCS la cui edizione verrà ripetuta nell'anno 2023. Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale allo scopo di:

- analizzare i dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- analizzare le aree e ambienti in cui si possano verificare situazioni di conflittualità e identificare quelle a maggiore vulnerabilità;
- definire ulteriori misure di prevenzione e protezione da adottare;
- incoraggiare il personale a segnalare gli episodi di violenza subiti.

Gli indicatori di esito e di processo costantemente monitorati sono di seguito elencati:

CRITERIO	INDICATORE	STANDARD	MODALITA' DI RILEVAZIONE
Frequenza dell'evento aggressione	N° di operatori che ricevono aggressioni (suddivise in verbali o fisiche e in esito) durante il ricovero	/	n. segnalazioni aggressioni /n. giornate di degenza totali (X1000 gdg) degenze ordinarie
Formazione operatori	N° operatori formati aree rischio / N° totale di operatori aree rischio	100%	n. di operatori che hanno partecipato al corso di formazione

4.2 Patient Safety Walkarounds (SWR)

I giri per la sicurezza (SWR) sono utilizzati sia per esigenze di analisi di eventi in modalità proattiva/reattiva con l'obiettivo di conoscere la sostenibilità organizzativa di un determinato contesto lavorativo/assistenziale, andando a valutare la conoscenza e l'applicazione delle procedure aziendali maggiormente rilevanti e quelle relative alla prevenzione e contenimento del rischio infettivo.

L'obiettivo è aumentare la consapevolezza del rischio clinico e lo sviluppo della comunicazione/relazione negli operatori, permettendo nel contempo un maggiore coinvolgimento dei professionisti sanitari sul tema della sicurezza delle cure. È stata effettuata infatti un'intervista al personale presente al Safety Walkaround attraverso l'utilizzo di una lista di domande a risposta aperta. I SWR consentono di identificare misure di prevenzione da introdurre, permettono di aumentare la consapevolezza sui problemi della sicurezza del paziente e la tranquillità dell'operatore sanitario nella segnalazione dell'evento.

L'iniziativa è stata favorevolmente accolta sia dai Referenti Sicurezza Paziente sia della dirigenza medica che del comparto, coinvolti come parte attiva del team che conduceva il "giro", che dai titolari di incarico organizzativo coinvolti nella visita. È stato colto un ottimo clima relazionale e comunicativo in tutte le Strutture visitate.

4.3 Mortality and Morbidity

In data 19.10.2022 si è provveduto alla formazione dei referenti medici del rischio clinico rispetto all'utilizzo del metodo. Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità rielaborano in modalità retrospettiva complicanze, procedure inusuali e decessi inaspettati a scopo didattico e per evitare che ciò si ripeta. L'attenzione incentrata su fattori cognitivi e sistemici distingue questo genere di conferenza dalla classica discussione di casi clinici che perseguono invece l'obiettivo di ottimizzare le cure del paziente.

4.4 Sinistri

Facendo seguito all'entrata in vigore della L. 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) e in esito alle valutazioni condivise con l'Ufficio Legale, nel rispetto delle nuove prescrizioni normative in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, le modalità operative adottate nell'Istituto Oncologico Veneto sono di seguito descritte:

1. ogni richiesta di risarcimento viene protocollata e inviata all' Ufficio Legale, alla segreteria della Direzione Sanitaria e al Risk Manager aziendale;
2. l'Ufficio Legale valuta preliminarmente se sussistano i requisiti (decesso, tetraplegia, danni cerebrali, invalidità permanente, ecc..) per la gestione del sinistro sopra SIR così come definita in polizza;
3. in caso negativo l'Ufficio Legale avvia l'istruttoria della gestione diretta della richiesta di risarcimento, inserisce i dati della richiesta di risarcimento nel sistema informatico gestionale regionale e trasmette la richiesta all'Ufficio Sinistri Centrale;
4. il NAVS (Nucleo Aziendale Valutazione Sinistri) costituito da professionisti con competenza giuridica, medico legale e dal Risk Manager valuta le proposte ricevute dall'Ufficio Sinistri o dalla Compagnia e formula un proprio parere sull'ipotesi di definizione di proposta.
5. il Risk Manager aziendale provvede all'analisi dell'evento oggetto di contestazione per la ricostruzione delle relative circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico;
6. compila la scheda di risk management nel gestionale GSRC anche al fine di contribuire agli adempimenti di cui all'art. 13 Legge 20/2017 (Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).

La scheda di risk management deve contenere:

- l'analisi dei fatti e la metodologia di analisi;
- eventuali osservazioni utili per la completezza della perizia medico-legale interna;
- osservazioni ed eventuali attività intraprese o da intraprendere con l'individuazione di indicatori per la misurazione dell'efficacia delle azioni adottate per scongiurare il ripetersi di eventi/sinistri con lo stesso segno.

Le schede di risk management sono state debitamente compilate, vengono eventualmente aggiornate in base alle risultanze medico-legali.

4.5 Failure Mode, Effect and Consequence Analysis (FMECA)

La Failure Mode, Effect and Consequence Analysis (FMECA) è un metodo ampiamente riconosciuto per identificare potenziali rischi nell'assistenza sanitaria e prevenirli. L'analisi è stata condotta nel periodo aprile-giugno 2022 e ha considerato il processo di prescrizione e somministrazione di terapie oncologiche presso l'Istituto Oncologico Veneto.

La somministrazione di farmaci antitumorali è un processo ad alto rischio, poiché gli errori terapeutici possono avere conseguenze fatali. Lo scopo è stato quello di riconoscerei potenziali fallimenti e consentire l'attuazione di misure per prevenirli. L'analisi di processo ha consentito di identificare tutte le modalità di guasto e le criticità classificando tali modalità di guasto in termini di:

- occorrenza (probabilità che l'evento si verifichi);
- rilevabilità (probabilità che l'errore venga scoperto prima di raggiungere il paziente)
- gravità (effetto del fallimento sul paziente).

Successivamente è stato utilizzato il punteggio numerico che quantifica i tre item per calcolare un numero di priorità del rischio (RPN), che è il prodotto dei punteggi di gravità, occorrenza e rilevabilità ($RPN = \text{gravità} \times \text{occorrenza} \times \text{rilevabilità}$).

L'RPN è una stima numerica del rischio attribuito a un processo, o una fase del processo a un processo, o una fase del processo; identifica gli elementi che con maggiore probabilità contribuiscono a insuccessi clinicamente gravi.

5. FORMAZIONE

Nel corso dell'anno 2022 si sono svolti i seguenti corsi di formazione:

1. Progetto di formazione sul campo per la rete dei referenti rischio clinico/infettivo: "L'antimicrobico resistenza. Gestione del rischio clinico e infettivo per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure". Il corso è stato riservato ai referenti rischio clinico delle UU.OO. Con la proficua collaborazione di tutti gli attori coinvolti (referente rischio clinico/infettivo area dirigenza e comparto, farmacisti afferenti alla UOC Farmacia, dirigenti medici della Direzione Medica Ospedaliera e il personale afferente all'Ufficio Qualità e Accreditamenti) si è provveduto alla stesura/revisione delle seguenti procedure/istruzioni operative:
 - Gestione accessi vascolari;
 - Prevenzione infezioni sito chirurgico;
 - Antimicrobial stewardship;
 - Sorveglianza microbiologica in endoscopia;
 - Indagine radiologica in paziente infetto;
 - Gestione ospedaliera dei liquidi corporei di pazienti in trattamento chemioterapico.
2. Progetto di formazione residenziale: "La sicurezza del paziente e il rischio clinico e infettivo corso per neoassunti".
3. Progetto di formazione residenziale: "La sicurezza e salute per gli operatori sanitari che manipolano chemioterapici-antiblastici".
4. Il programma di "Patient education (PE) and empowerment" allo IOV: supporto all'informazione in oncologia.
5. Progetto di formazione residenziale: "Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione".

L'Ufficio Rischio Clinico intende promuovere, in ambito di gestione del rischio, un piano formativo volto alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure e fornire ai Professionisti gli strumenti idonei a partecipare attivamente alla gestione del rischio. Tra gli ambiti formativi dell'anno 2023 si è proposto un piano di formazione piramidale che vuole coinvolgere sempre più attivamente i referenti aziendali per il rischio clinico con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza rispetto alla prevenzione del rischio clinico ed infettivo. Lo scopo di tale percorso è quello di creare una rete aziendale attiva e consapevole relativamente alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ai sistemi di controllo e monitoraggio dei multiresistenti e del rischio infettivo in un'ottica di estrema collaborazione tra le figure referenti aziendali e i referenti delle UU.OO.

6. ADESIONE AI REQUISITI PREVISTI DALLA L.R. 22/2002 E ALL'INIZIATIVA "CALL FOR GOOD PRACTICE 2022"

L'ufficio Rischio clinico, in conformità a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 22/2002, rispetta i requisiti previsti sia in fase di autorizzazione che di accreditamento. Inoltre partecipa attivamente al gruppo di lavoro con l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) di Azienda Zero al percorso di avvicinamento al rinnovo dell'accreditamento istituzionale relativamente ai requisiti previsti per l'area rischio clinico.

Come per gli anni precedenti, l'Ufficio ha inserito nell'apposito portale almeno tre iniziative di buona pratica clinico-organizzativa per l'anno 2022.

7. STRATEGIE AZIENDALI DI RIFERIMENTO PER L'ANNO 2023

Dal 2008, anno di attivazione della funzione aziendale di risk management, ad oggi si è passati da un approccio alle tematiche del rischio di tipo settoriale ad una gestione sistemica capace di approcciare i vari ambiti con metodologie e strumenti appropriati in un contesto culturale decisamente diverso rispetto a quello degli anni duemila, caratterizzato da una crescente domanda e da un'aumentata complessità del sistema.

Questa considerazione si rende necessaria per far comprendere come le linee strategiche di seguito enunciate rappresentino un nuovo punto di partenza rispetto ai risultati sino ad oggi conseguiti.

Esse, pertanto, ricomprendendo la storia dell'evoluzione del percorso aziendale di gestione del rischio, aspirano certamente al consolidamento dei processi già attivati senza però rinunciare all'acquisizione di nuovi strumenti e nuove metodologie di gestione del rischio in un contesto di patient safety crescente sia nel suo livello sia nel numero di operatori coinvolti.

L'approccio al tema della sicurezza aziendale guarda al modello internazionalmente riconosciuto di un sistema di gestione diretto a garantire il passaggio dall'ottica orientata a rispondere agli eventi indesiderati per cercare di capirne le cause e le eventuali barriere e proporre soluzioni di miglioramento, ad un'ottica sempre più proattiva, volta ad anticipare gli eventi e a vedere nei professionisti sanitari le risorse necessarie per mantenere la sensibilità ai possibili incidenti, sviluppare soluzioni flessibili ai problemi potenziali e comprendere anticipatamente quali siano le condizioni di difficile monitoraggio e controllo.

Come da nota protocollo n. 638 del 01.10.2020, tra le attività pianificate per l'anno 2023 vi è l'implementazione di una cultura della sicurezza per tutti gli operatori che sono coinvolti nel processo di gestione del rischio clinico per la sicurezza del paziente, i referenti qualità/rischio, i volontari e il comitato dei pazienti. Sotto il profilo concettuale, si tratta di favorire la crescita di una "cultura positiva del rischio", considerando la gestione del rischio non come la modalità migliore per gestire la crisi, ma una propensione ad anticiparla. Un tentativo di anticipazione che non viene effettuato solo in modo sporadico e puntiforme, ma attraverso una costante azione programmatica che pone la gestione del rischio in maniera chiara e coerente al centro dell'attenzione individuale e dell'organizzazione. L'emergenza Coronavirus ha reso chiara la necessità di un effettivo cambio di paradigma di approccio alla gestione del rischio nelle aziende sanitarie, passando da un approccio prevalentemente reattivo (re-azione dopo gli eventi) delle organizzazioni a "bassa affidabilità" ad un approccio sistematicamente proattivo delle organizzazioni socio-tecniche ad "alta affidabilità", con una cultura sensibile alla sicurezza e alla resilienza, capaci di anticipare gli eventi. Soprattutto in questa fase storica, occorre pertanto costruire e presidiare percorsi, ciascuna organizzazione in funzione delle proprie aree di criticità, che vanno pertanto conosciute, analizzate e affrontate; ampliando lo sguardo ad altre possibili maxiemergenze sanitarie.