

**RELAZIONE SUGLI ACCADIMENTI  
RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE  
E ALLE CORRELATE AZIONI DI MIGLIORAMENTO  
ANNO 2023**

(Art. 2, c. 5, LEGGE 8 marzo 2017, n. 24)

## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTESTO AZIENDALE.....</b>	<b>4</b>
<b>2. DATI DI ATTIVITÀ DEI PRESIDII OSPEDALIERI RELATIVI AL 2023 .....</b>	<b>6</b>
<b>3. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....</b>	<b>7</b>
<b>4. METODOLOGIA APPLICATA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>9</b>
<b>5. FONTI INFORMATIVE E STRUMENTI DISPONIBILI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO .....</b>	<b>10</b>
<b>6. DESCRIZIONE EVENTI AVVERSI VERIFICATISI NEL TRIENNIO 2021-2023.....</b>	<b>11</b>
<b>A. OSSERVAZIONI, AZIONI CORRETTIVE E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO .....</b>	<b>16</b>
<b>B. ANDAMENTO ANNO 2023 DELLA GESTIONE REATTIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>C. DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES.....</b>	<b>18</b>
<b>7. LE AZIONI PER LA SICUREZZA: RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL TRIENNIO 2021-2023 .....</b>	<b>19</b>
<b>8. CONCLUSIONI.....</b>	<b>29</b>

## PREMESSA

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza.

In Italia, già da diversi anni, pur in un contesto caratterizzato da sfide gravose per le organizzazioni sanitarie correlate ai mutamenti demografici, al crescente progresso delle conoscenze e delle tecnologie e, in questi ultimi anni, alla pandemia, sono stati compiuti ingenti sforzi per garantire e migliorare la sicurezza delle cure e la qualità delle prestazioni. In particolare, la *sicurezza delle cure* è considerata dalla **Legge n.24/2017 (Legge Gelli-Bianco)** parte costitutiva del diritto alla salute, e rispetto ad essa ogni operatore sanitario è tenuto a concorrere *“mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”*.

La sicurezza delle cure costituisce la base di una buona assistenza sanitaria che ingloba, non solo gli aspetti strettamente clinici della professione medica, legati al rapporto medico-paziente, ma anche quelli legati alla ricerca, alla sperimentazione, alla gestione organizzativa che hanno conseguenze sull'intera collettività.

La Legge Gelli-Bianco, riprendendo e integrando precedenti indirizzi normativi, quali la Legge n.208/2015, artt. 538 e 539, prevede che tutte le strutture sanitarie implementino un'adeguata attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio clinico (risk management), quale misura per consentire una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse ed un'adeguata tutela del paziente. Tale attività si deve attuare attraverso:

- attivazione di percorsi di audit finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anche anonima del quasi – errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.
- rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva.
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario.
- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso.

La **Legge 24/2017** *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* **prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto, inoltre, che la medesima relazione venga pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.**

La presente relazione, redatta in adempimento all'art. 2 comma 5 della Legge del 8 marzo 2017, n.24, contiene le iniziative, predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure; in tale prospettiva la segnalazione e l'analisi degli

eventi avversi rappresenta un'opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

## 1. CONTESTO AZIENDALE

L'ASL Napoli 3 Sud è organizzata in cinque PP.OO., con due stabilimenti annessi, e tredici Distretti Sanitari, e copre un territorio che comprende 57 Comuni per una popolazione di riferimento di 1.028.038 cittadini residenti (presenti al 31 dicembre 2023).

I dati strutturali e di attività sono riportati nella seguente tabella.

<b>Estensione territoriale</b>	620 Km <sup>2</sup>		<b>Popolazione residente</b>	<b>1.028.038</b>
<b>Distretti Sanitari</b>	n.13		<b>Presidi ospedalieri</b>	n.5
<b>Comuni</b>	n.57		<b>Dipendenti</b>	n.4482
<b>Case di Cura accreditate</b>	n.12	Posti letto n.1217	<b>Posti letto</b>	1130 per acuti n.915 per cod.56 e 58 n.214
<b>Dipartimenti Funzionali</b>	Dipartimento Area medica		<b>Dipartimenti Strutturali</b>	Dipartimento assistenziale per la Salute Mentale (DSM)
	Dipartimento Scienze chirurgiche			
	Dipartimento Area Critica			
	Dipartimento dei Servizi			Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
	Dipartimento Attività strategiche di Direzione Sanitaria			
	Dipartimento Assistenza ospedaliera			
Dipartimento Assistenza Territoriale		Dipartimento di Prevenzione		
<b>Blocchi operatori</b>	n.7		<b>Servizi trasfusionali</b>	n.1
<b>Terapia intensiva</b>	n.4		<b>OBI</b>	n.4
<b>TIN</b>	n.1		<b>Nido</b>	n.3
<b>Radiodiagnostica</b>	n.8		<b>Emodinamica</b>	n.2
<b>Medicina di Laboratorio</b>	n.1 hub, n.4 spoke		<b>Anatomia patologica</b>	n.1
<b>Reti cliniche Patologie tempo dipendenti</b>	IMA	Stroke	Traumatologica	Emergenze Digestive
	Terapia del dolore	Emergenze Pediatriche	Neonatologica	

Fonti: Atto aziendale vigente (Delibera n.953 del 08/08/2023) e PIAO 2024 (Delibera n. 149 del 31 gennaio 2024)

I Presidi Ospedalieri, individuati con DCA n.103/2018, sono classificati secondo i livelli di complessità previsti dal DM n.70/2015, specificatamente:

P.O. NOLA	DEA I
P.O. POLLENA	Stabilimento del P.O. NOLA
P.O. TORRE DEL GRECO	P.O. di base con Pronto Soccorso
P.O. BOSCOREALE – BOSCORECASE	DEA I
P.O. CASTELLAMMARE	DEA I
P.O. GRAGNANO	Stabilimento del P.O. CASTELLAMMARE
NUOVO OSPEDALE DELLA COSTIERA (P.O. DI SORRENTO e P.O. DI VICO EQUENSE)	DEA I

con un complessivo numero di posti letto pari a 1130, dei quali 915 per acuti e 215 per riabilitazione e lungodegenza (cod.56 e 60).

Nel medesimo territorio insistono 12 case di cura private accreditate con un totale di 1217 posti letto.

Gli Ospedali, sede di DEA di I livello (bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000), eseguono tutti gli interventi previsti per gli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS) e svolgono funzioni di PS e accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferiscono in continuità di assistenza al DEA di II livello (hub) per livello superiore di cura. Nel dettaglio si distinguono:

- il Presidio Ospedaliero di Nola, con annesso stabilimento di Pollena, è individuato quale spoke IMA, spoke ictus, PST rete Trauma, spoke II livello terapia del dolore, spoke II rete emergenze pediatriche;
- il Presidio Ospedaliero di Castellamare di Stabia, con lo Stabilimento di Gragnano, ha funzione di spoke nella rete Ictus, hub di I livello nella rete cardiologica, PST nella rete traumatologica, spoke I nella terapia del dolore, spoke II livello nella rete emergenze pediatriche grazie alla presenza di una TIN;
- il Presidio Ospedaliero di Boscotrecase spoke nella rete cardiologica, spoke I livello nella rete emergenze pediatriche, PST rete Trauma, spoke I livello nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke I livello nella rete della terapia del dolore. Attraverso il completamento della struttura con interventi di edilizia sanitaria sulla rimanente parte nel plesso Boscotrecase, considerato il bacino di utenza, esso mantiene una attività nell'area dell'emergenza di tipo multi disciplinare;
- l'Ospedale della Costiera costituito da:
  - P.O. Sorrento, con ruolo spoke nella rete cardiologica e PST rete Trauma, con disciplina di Oncologia e di Riabilitazione (codice 56);
  - P.O. Vico Equense, spoke I nella terapia del dolore, spoke I rete emergenze pediatriche;

È presente inoltre un Ospedale di base sede di Pronto Soccorso, il P.O. di Torre del Greco.

In tutti i PP.SS. aziendali è prevista un'area di triage globale, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, implementando i percorsi clinici condivisi finalizzati a dare risposte efficaci ed efficienti ai bisogni di salute dei cittadini. Tutti i PP.SS. sono inoltre dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi con dotazione di sistemi di monitoraggio multi-parametrico.

## 2. DATI DI ATTIVITÀ DEI PRESIDI OSPEDALIERI RELATIVI AL 2023

L'attività assistenziale sanitaria svolta presso i Presidi Ospedalieri aziendali nel corso del 2023 è sintetizzata nella tabella di seguito riportata.

n. posti letto ordinari	460	n. posti letto Day Hospital	94
n. ricoveri ordinari	20.418	n. ricoveri diurni	4.206
n. accessi PS	152.623	n. parti	2.249
n. prestazioni ambulatoriali	149.200	n. ricoveri chirurgici	8.968
n. prestazioni di laboratorio	5.231.569	n. prestazioni emodinamica	1.269
n. prestazioni radiologiche	220.694		
<b>DATI DI ATTIVITÀ P.O. CASTELLAMMARE – GRAGNANO</b> (codici 15041601/15041602 Gragnano)			
n. posti letto ordinari	136	n. posti letto Day Hospital	19
n. ricoveri ordinari		n. ricoveri diurni	1.104
n. accessi PS	57.309	n. parti	986
n. prestazioni ambulatoriali	43.292	n. ricoveri chirurgici	2.395
n. prestazioni di laboratorio	1.510.455		
n. prestazioni radiologiche	82.191		
<b>DATI DI ATTIVITÀ P.O. NOLA/POLLENA (codici 15043601 / 15043602 Pollena)</b>			
n. posti letto ordinari	108	n. posti letto Day Hospital	27
n. ricoveri ordinari		n. ricoveri diurni	1.079
n. accessi PS	53.475	n. parti	613
n. prestazioni ambulatoriali	1.534.948	n. ricoveri chirurgici	2.901
n. prestazioni di laboratorio	65.805	n. prestazioni emodinamica*	814
n. prestazioni radiologiche	75.535		
<b>DATI DI ATTIVITÀ P.O. TORRE DEL GRECO (Codice 150447)</b>			
n. posti letto ordinari	55	n. posti letto Day Hospital	16
n. ricoveri ordinari		n. ricoveri diurni	397
n. accessi PS	21.380	n. ricoveri chirurgici	876
n. prestazioni ambulatoriali	Vedi tab. Bosco*	n. prestazioni radiologiche	
<b>DATI DI ATTIVITÀ P.O. BOSCOTRECASE (codice 150448)</b>			
n. posti letto ordinari	58	n. posti letto Day Hospital	12
n. ricoveri ordinari		n. ricoveri diurni	68
n. accessi PS		Ricoveri chirurgici	458
n. prestazioni ambulatoriali	4.951	Emodinamica	408
n. prestazioni di laboratorio	1.416.401*	n. prestazioni radiologiche	28.271
<b>DATI DI ATTIVITÀ PP.OO. SORRENTO e VICO EQUENSE (codici 15041701/15041702)</b>			
n. posti letto ordinari	103	n. posti letto Day Hospital	20
n. ricoveri ordinari		n. ricoveri diurni	1.558
n. accessi PS	20.164	n. parti	650
n. prestazioni ambulatoriali	9.772	n. ricoveri chirurgici	2.338
n. prestazioni di laboratorio	769.765	n. prestazioni radiologiche	34.697

Fonte dati: UOC Controllo di gestione (nota prot. n 55510/2024); UOC G.F.O. (nota prot. 51967 del 04/03/2024); Dipartimento dei Servizi (nota prot. 60026 Del 13/03/2024)

\*Dati disponibili in modo aggregato per i Presidi di Boscotrecase e Torre del Greco

### 3. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e il mantenimento di elevati standard assistenziali l'ASL Napoli 3 Sud adotta i principi e gli strumenti del governo clinico stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica.

Il **Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure** prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che coinvolge le Direzioni delle Macrostrutture e delle UU.OO, cui è in capo la responsabilità diretta dell'organizzazione e del funzionamento delle singole strutture/UO, nonché dei Servizi trasversali aziendali. In particolare, l'UOC Clinical Risk Management assicura una diretta partecipazione delle rappresentanze cliniche, il coinvolgimento di vari servizi di supporto ed il coordinamento/integrazione con vari Gruppi di Lavoro/Comitati Permanenti Aziendali (Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza, Comitato Buon Uso del Sangue, Comitato Valutazione Sinistri, Gruppi di lavoro costituiti ad hoc, etc.). Infatti, l'espressione della responsabilità aziendale complessiva, relativa alla promozione della sicurezza e alla gestione del rischio, si realizza, oltre che attraverso il contributo delle strutture centrali in staff alla Direzione Sanitaria, anche attraverso la collaborazione di un insieme di professionalità e servizi che esprimono tutte le competenze necessarie (Direzioni di Dipartimento, Distretto e Presidio Ospedaliero, delle UU.OO.CC. Sistemi Informatici e Sviluppo ITC, Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie e Relazioni con il Pubblico, dei Servizi aziendali deputati alla sicurezza del lavoro, dei Comitati e del Servizio Infermieristico).

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, l'ASL Napoli 3 Sud, con deliberazione n.574 del 20/09/2012, ha istituito la struttura complessa di **UOC Risk Management** e, con deliberazione n.532 del 15/09/2015, ha inteso istituire formalmente la funzione aziendale di Risk Management, costituendo la rete aziendale dei referenti della Gestione del Rischio Clinico. Successivamente, con DCA n.39 del 25/09/2017, l'UOC Risk Management è denominata **UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure**, con l'attribuzione del compito di promuovere la sicurezza e la qualità delle cure, ovvero assegnando nello specifico la mission relativa a "l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi, al fine di promuovere e favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti e garantire la sicurezza e la qualità delle cure". In particolare, ai fini del governo clinico, la **Direzione Aziendale** si avvale del supporto operativo dell'UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle cure, che declina gli indirizzi generali in piani e progetti e fornisce supporto metodologico ed operativo per la loro attuazione e monitoraggio con particolare riferimento a:

- promozione della cultura della sicurezza a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, mediante iniziative di formazione, ad esempio mirate a diffondere i contenuti delle raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di Sicurezza delle Cure;

- implementazione a livello aziendale dei progetti regionali in tema di gestione del rischio;
- supporto ai Dipartimenti/strutture per l'analisi degli eventi avversi più significativi e per l'attuazione delle conseguenti azioni di miglioramento;
- collaborazione con i professionisti e con la Direzione Aziendale per la gestione degli eventi avversi di particolare gravità e degli eventi sentinella, assicurando in particolare la tempestiva e corretta attività informativa verso il Ministero della Salute;
- analisi, in forma singola ed anche integrata, dei dati provenienti dai principali flussi informativi (Incident Reporting, reclami, contenzioso) per individuare le aree/tematiche meritevoli di miglioramento, assicurando al contempo regolare alimentazione dei relativi flussi informativi regionali;
- predisposizione di piani di miglioramento.

Per garantire la partecipazione attiva delle diverse espressioni professionali delle molteplici strutture coinvolte e l'opportunità di costituire gruppi di lavoro specifici e dedicati alle singole criticità emergenti e rilevate dalla mappatura dei rischi, è stata costituita la rete dei "**Referenti del Rischio Clinico**", caratterizzata da un'articolazione capillare; ne fanno parte, infatti:

- per i PP.OO., i Direttori e i Coordinatori di ciascuna UOC;
- per i Dipartimenti e il SERT, il Direttore e un rappresentante del Comparto;
- Per i Distretti, il Direttore del Distretto e un rappresentante del Comparto.

Con deliberazione n.635 del 13/07/2022 è stata costituita la **Rete Ospedaliera dei Facilitatori per la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure** e, durante il I semestre 2023, la formazione di facilitatori, individuati sia a livello presidiale che a livello più capillare nelle singole Unità Operative ospedaliere, è stata completata con una parte pratica di addestramento sul campo condotta nell'ambito del Programma formativo realizzato da professionisti della Luiss Business School, in linea con "Il Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità"..

La rete così concepita ha lo scopo di veicolare le informazioni necessarie ai vari livelli di governo di sistema. In particolare, svolge le seguenti funzioni:

- promuovere e diffondere tra gli operatori una cultura positiva della sicurezza, basata anche sull'apprendimento dall'errore;
- promuovere l'educazione e l'informazione di assistiti, visitatori e caregiver;
- promuovere l'utilizzo dei sistemi aziendali di segnalazione (incident reporting, cadute in ospedale, episodi di violenza verso gli operatori, etc.);
- collaborare all'implementazione e al monitoraggio delle azioni di miglioramento;
- supportare la rilevazione dei dati epidemiologici;
- verificare e promuovere l'adesione alle misure di prevenzione standard e aggiuntive;
- verificare la disponibilità nel proprio contesto assistenziale di protocolli e procedure aziendali segnalando eventuali criticità all'applicazione;
- rilevare l'esigenza di protocolli/procedure collaborando alla loro stesura;
- rilevare bisogni formativi.

Con deliberazione n.45/2024, inoltre, è stata formalizzata la costituzione del “**Team Aziendale Gestione del Rischio Clinico**”, come previsto dal vigente atto aziendale (delibera n.953 del 08/08/2023), a cui è affidato il compito di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell’appropriatezza assistenziale.

In relazione alla gestione del rischio infettivo, con deliberazione n.310 del 13/06/2013 è stato istituito il **Comitato aziendale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali** (CICA), la cui composizione è stata rinnovata con successivi atti deliberativi (ultima deliberazione n.470 del 25/03/2024). Il Comitato rappresenta l'articolazione aziendale multidisciplinare di coordinamento per la pianificazione delle strategie per la prevenzione e controllo delle infezioni e di promozione delle attività messe in campo dai Comitati Infezioni Ospedaliera (CIO), formalmente individuati in ciascun presidio ospedaliero.

#### **4. METODOLOGIA APPLICATA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

L'approccio che l’Azienda adotta per la riduzione del rischio e l'introduzione di nuovi processi si basa sulla pianificazione, attuazione e verifica delle attività di miglioramento attraverso l'analisi dei dati raccolti per la fotografia del rischio, nonché sul monitoraggio costante e sull'analisi degli eventi accaduti, in modo da identificare tempestivamente le azioni e le condizioni pericolose, la loro probabilità di accadimento e le conseguenze.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure si avvale in larga misura delle informazioni sui rischi, sugli eventi avversi e sulle situazioni di pericolo rilevate attraverso varie fonti (sistema di **Incident Reporting**, segnalazione degli **Eventi Sentinella**, dati desumibili dalle attività di **gestione del contenzioso, reclami**). La raccolta e l’analisi delle segnalazioni spontanee degli operatori, dei dati del contenzioso, dei reclami e degli infortuni per una identificazione *ex post* delle aree di maggiore criticità, in quanto fonti potenziali di reiterazioni di eventi avversi o di *near miss*, sono indirizzate non tanto alla “quantificazione degli eventi”, quanto piuttosto alla conoscenza dei fenomeni, premessa indispensabile per la messa in atto di azioni di miglioramento.

Gli eventi avversi di maggiore gravità (Eventi Sentinella) vengono regolarmente segnalati e gestiti secondo quanto previsto da una specifica procedura aziendale, che tra l’altro prevede l’avvio di un’analisi approfondita del caso mediante adeguati metodi (ad es. Audit clinici, RCA), al fine di individuare le necessarie azioni correttive mirate ad evitarne il ripresentarsi. L’analisi delle cause che ne hanno determinato (o condizionato) il verificarsi, diventa principale presupposto per creare od implementare conseguenti azioni di miglioramento.

Procedimenti di analisi e trattamento degli eventi avversi del tutto analoghi vengono avviati anche a seguito di altri tipi di eventi, ritenuti particolarmente significativi. Sono analizzati anche le non conformità, i risultati di **audit interni ed esterni**, la verifica delle **cartelle cliniche**. La gestione degli

eventi avviene sempre in collaborazione con il personale delle strutture/servizi direttamente coinvolti e prevede, se necessario, il coinvolgimento diretto delle altre articolazioni aziendali, anche tecniche, potenzialmente deputate a risolvere particolari criticità. Le risultanze di tali attività vengono verbalizzate e rese disponibili per gli operatori.

## 5. FONTI INFORMATIVE E STRUMENTI DISPONIBILI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Preliminarmente alla presentazione degli strumenti/fonti informative disponibili in riferimento alla sicurezza delle cure ed ai relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico, è opportuno premettere che si predilige una descrizione dei fenomeni di tipo **qualitativo**, mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.

### **FONTI INFORMATIVE**

- a) Indicazioni, normative e raccomandazioni emesse dai soggetti che determinano ed influenzano il contesto in cui operano gli ospedali e le altre strutture sanitarie, ed in particolare:
  - Ministero della Salute;
  - Regione Campania;
  - AGENAS;
  - Società Scientifiche di riferimento per le specialità e discipline esercitate in Azienda;
- b) Segnalazioni Incident Reporting;
- c) Segnalazioni Eventi Sentinella (SIMES);
- d) Reclami e altre segnalazioni dei cittadini utili per la gestione del rischio;
- e) Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza – Agenas;
- f) Monitoraggio applicazione check-list di sala operatoria;
- g) Sistema Regionale di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza (SiRe.Ar);
- h) Sinistri e contenzioso giudiziario;
- i) Dati farmaco-vigilanza e dispositivo-vigilanza;
- j) Eventi correlati all'uso del sangue e degli emoderivati.

### **STRUMENTI**

- a) Mappatura dei rischi:
  - analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione;
  - processo interno di auditing;
  - risultati della "fotografia del rischio" condotta negli anni precedenti;
  - indicatori ottenuti tramite Schede di Dimissione Ospedaliera;

- monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria;
  - analisi dei reclami;
  - analisi del contenzioso;
- b) Monitoraggio degli Eventi Sentinella, secondo il Protocollo Ministeriale ed alimentazione dei flussi SIMES (in collaborazione con la U.O.C. AA.GG.), secondo le modalità e le tempistiche previste per l'invio delle schede A e B;
- c) Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri (l'alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Linee di Indirizzo Regionali è affidata all'UOC AA.GG.);
- d) Attività di "Internal Auditing" e "Significant Event Audit", che coinvolgono direttamente i professionisti in un percorso di identificazione, rimozione e/o segnalazione dei rischi;
- e) Processi di revisione delle attività effettuate;
- f) Adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale/nazionale – Reingegnerizzazione dei processi;
- g) Implementazione delle attività di valutazione della completezza e della correttezza della gestione della cartella clinica (mediante griglie di valutazione);
- h) Attività di informazione ai cittadini e ai caregivers su tutte le attività aziendali intraprese per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- i) Raccordo operativo con la rete di referenti e con la rete dei facilitatori in materia di gestione del rischio clinico, appositamente individuati e formati per facilitare il percorso di condivisione a tutti i livelli e per rendere possibili le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabili;
- j) Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- k) Implementazione di sistemi di controllo e monitoraggio delle ICA;
- l) Corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
- m) Safety Walk Rounds.

## 6. DESCRIZIONE EVENTI AVVERSI VERIFICATISI NEL TRIENNIO 2021-2023

Le attività di individuazione/analisi e riduzione/controllo dei rischi a livello aziendale sono descritte dal documento di pianificazione e programmazione triennale, **Piano di Attività per la Gestione del Rischio Clinico (PARM) 2024-2026**, approvato con la deliberazione n.491 del 27/03/2024.

Le attività definite per il prossimo triennio, grazie all'analisi delle fonti informative aziendali disponibili in tema di sicurezza, possono essere rimodulate annualmente (o in corso d'anno) in base ai risultati ottenuti ovvero alle sopravvenute priorità emergenti.

Di seguito si rappresentano i dati relativi ad eventi avversi, eventi sentinella ed eventi rilevati dal contenzioso registrati nell'ultimo triennio (2021-2023), sulla scorta delle segnalazioni spontanee

(dati incidenti reporting), dei dati forniti dall'UOC AA.GG. riguardo ai sinistri e dall'UOC AA.LL. relativamente agli atti giudiziari, nonché dei dati trasmessi dall'UOC Relazioni con il Pubblico sui reclami; gli eventi sentinella sono stati suddivisi per tipologia, secondo la classificazione ministeriale, e per area specialistica.

**Tabella 1. \*DESCRIZIONE EVENTI AVVERSI triennio 2021-2023**

DESCRIZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI NELL'ULTIMO TRIENNIO					TIPOLOGIA EVENTI SENTINELLA	2021	2022	2023
Anno	**Eventi avversi	Eventi Sentinella	Eventi Registrati	Near Miss				
2021	24	5	123	0	Atti di violenza a danno di un operatore		2	
2022	18	7	85	2	Morte o grave danno per caduta di paziente	2	3	2
2023	31	5	166	0	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale		1	1
Fonte: - Dati incident reporting UOC Risk Management, - Pratiche risarcimento (UOC AA.GG.) - Dati contenzioso giudiziale (UOC AA.LL.) - Reclami (UOC Relazioni con il Pubblico)					Ogni altro evento avverso che causa morte o danno	2	0	2
					Morte Materna o malattia grave correlato al travaglio/parto	1		
					Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del P.S.		1	

\*Il numero di eventi registrati fa riferimento agli eventi inseriti nel registro nell'anno indicato, ma che si sono verificati anche in annualità precedenti.

\*\*Le definizioni di Evento Avverso-Evento Sentinella sono quelle esplicitate all'interno del glossario del Ministero della Salute.

**Tabella 2. CLASSIFICAZIONE EA-Segnalazioni/TIPOLOGIA**

Tipo di evento	N. x anno	eventi 2021		eventi 2022		eventi 2023	
		Osp./ Terr.		Osp. / Terr.		Osp. / Terr.	
Caduta		9	1	2	1	14	3
Infezione						1	
Violenza su operatori		6		2	8	2	1
Suicidio						1	
Ogni altro evento avverso legato alla cura del paziente		6	1	4		7	
Mancato intervento							1
Altro			1		1		1
<b>Totali</b>		<b>21</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>6</b>

**Tabella 3. EVENTI AVVERSI PER AREE SPECIALISTICHE**

SPECIALITA' \ ANNO	EA 2017-2019 N/%	EA 2020 N/%	EA 2021 N/%	EA 2022 N/%	E.A. 2023 N/%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4 (2%)	1 (2%)			2 (6%)
CARDIOLOGIA	13 (7,0%)	1 (2%)	1 (4%)		2 (6%)
CHIRURGIA	19 (10%)	1 (2%)	2 (8%)		1 (3%)
NEONATOLOGIA/PEDIATRIA	4 (2%)	2 (5%)			
ORTOPEDIA	26 (14%)	5 (12%)		1(6%)	2 (6%)
OSTET. E GINECOLOGIA	20 (10%)	4 (10%)	1 (4%)		1 (3%)
MEDICINA	10 (5%)	14 (34%)	5 (21%)		3 (10%)
PRONTO SOCCORSO	52 (28%)	6 (15%)	5 (21%)	10 (55%)	12 (39%)
OCULISTICA	1 (0,5%)				1 (3%)
SALA OPERATORIA	1(0,5%)				
SERVIZI	7 SIT, 3 Lab. (5%)		Lab. 1 (4%)		
RADIOLOGIA					1 (3%)
OTORINO					
ONCOLOGIA	1(0,5%)				
PSICHIATRIA			4 (17%)	2(11%)	1 (3%)
NEUROLOGIA				2 (11%)	
DISTRETTI (AMB.)	22 (12%)	6 (15%)	3 (12%)	3 (17%)	
118		1(2%)			1 (3%)
AMBULATORI					3 (10%)
ALTRO			2 (8%)		1 (3%)
Totale	184	41	24	18	31

**Tabella 4. RISULTATI ANALISI EVENTI**

Tipo di evento	Numero e % sul totale degli eventi	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	1. Cause e fattori legati alla comunicazione 2. Cause e fattori umani 3. Cause e fattori ambientali 4. Cause e fattori legati alle tecnologie sanitarie, farmaci, linee-guida e barriere	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementazione delle raccomandazioni</li> <li>Refresh delle procedure in uso</li> <li>adozione ed applicazione di una procedura ospedaliera per la gestione dei pazienti con trauma maggiore e politrauma</li> <li>verifica corretta gestione della documentazione sanitaria con adozione di un piano di Audit</li> <li>adeguamenti strutturali e tecnologici (letti regolabili in altezza)</li> </ul>	Registro di incident reporting e past harms
Eventi Avversi	31	55%			
Eventi Sentinella	5	40%			

(A) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Anno	N. Sinistri Aperti	N. Sinistri Liquidati	Risarcimenti Erogati
2018	67	20	3.148.633,12
2019	19	14	2.857.347,21
2020	72	11	3.621.404,21
2021	91	12	2.422.458,87
2022	55	18	5.133.260,71
2023	66	23	6.504.697,82
<b>TOTALE</b>	<b>370</b>	<b>98</b>	<b>23.687.801,94</b>

Dati forniti dalla UOC AA.GG. (Dati anno 2023 nota prot. n. 60103 del 13/03/2024)

Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura.

Nella colonna del numero dei sinistri liquidati e in quella dei risarcimenti erogati vengono riportati i dati relativi alle fattispecie definite nell'anno contabile ivi indicato, a prescindere dall'anno di apertura del sinistro.

Area assistenziale	P.O. Nola	P.O. C/mare	P.O. Torre del Greco	P.O. Boscotrecase	PP.OO. Sorrento-Vico	Territorio	Totali
U.O. Ortopedia	5	7		3	6		21
U.O. MEU/P.S.	4	2	3	1	2		12
U.O. Chirurgia	2	3	1	2	3		11
U.O. Ostetricia/Ginecologia	2	6					8
U.O. Cardiologia	1		1	1			3
U.O. Pediatria		1					1
U.O. Urologia		1					1
U.O. Medicina	1						1
U.O. Oculistica	1						1
Setting territoriale						7	7
<b>TOTALI</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>66</b>

\*Dati forniti dalla UOC AA.GG. (Dati anno 2023 nota prot. n. 60103 del 13/03/2024)

Errori (errore diagnostici e errori terapeutici)	54
Ritardata diagnosi e Mancata diagnosi	5
Caduta	1
Infezione	1
Altro	5
<b>Totale</b>	<b>66</b>

\*Dati forniti dall'UOC AA.GG. (Dati anno 2023 nota prot. n.60103 del 13/03/2024)

Dall'analisi dei dati forniti, contenuti nella tabella 6, si evince che il 90% delle richieste di risarcimento pervenute nell'anno 2023 sono relative ad attività assistenziali erogate nei Presidi Ospedalieri aziendali; solo il 10% riguarda eventi accaduti nell'ambito dell'assistenza territoriale, nei Distretti e nel Dipartimento di Salute Mentale.

I reparti ospedalieri maggiormente coinvolti risultano essere quelli di Ortopedia, Pronto Soccorso e MEU, Chirurgia, Ginecologia e Ostetricia, Cardiologia.

Tutte le richieste di risarcimento pervenute nel 2023, segnalate dalla UOC AA.GG. e dalla UOC AA.LL., sono state inserite nel **Registro di Incident Reporting e Past Harms** per aggiornare la mappatura del rischio clinico.

#### **A. OSSERVAZIONI, AZIONI CORRETTIVE E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO**

Il numero di segnalazioni spontanee di eventi avversi pervenute, nel 2023, tramite il sistema di Incident Reporting risulta ancora decisamente contenuto (solo 6 segnalazioni spontanee e nessuna segnalazione di near misses), nonostante gli sforzi continuamente profusi per promuovere l'attività di segnalazione (eventi formativi/informativi, istituzione della rete di facilitatori per la gestione del rischio clinico, azioni di sensibilizzazione).

Tale dato conferma una probabile sottostima del numero reale di eventi e quasi eventi registrato nelle strutture aziendali, specie se rapportato ai rischi potenziali insiti nell'attività clinico-assistenziale.

Per tali motivi la mappatura del rischio è sostanzialmente fondata sui dati derivati dalle richieste di risarcimento.

Appare opportuno sottolineare che, sebbene la quantificazione degli eventi avversi rappresenti momento fondante della "misurazione", nell'ambito di un sistema virtuoso di gestione del rischio, non si identifica in automatico, come sinonimo di qualità del processo valutativo. Infatti, in presenza di un aumento di eventi avversi segnalati/identificati, non è semplice comprendere se ciò rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi; allo stesso modo, un decremento dei medesimi eventi avversi potrebbe corrispondere ad un miglioramento nelle "performance" dell'organizzazione ovvero ad un'inadeguata capacità dell'organizzazione nel rilevarli. In tal senso, se in un sistema sanitario che ha investito nel miglioramento della sicurezza dei pazienti parrebbe lecito attendersi di osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine e tale incremento non dovrebbe necessariamente essere interpretato come peggioramento della qualità delle cure, ma quale effetto di una migliore consapevolezza e trasparenza del sistema, a testimonianza di un concreto cambio di mentalità da parte dei professionisti sanitari, non più orientati a dissimulare gli errori in quanto motivo di responsabilità e biasimo, ma ad acquisire coscienza di reali situazioni di criticità, con la volontà di doverle/volerle affrontare.

I contesti tematici oggetto di segnalazioni e registrazione nel Registro di Incident Reporting e Past Harms nell'anno 2023, confermando quanto registrato nel 2022, rimandano prevalentemente a problemi correlati a cadute di assistiti (per lo più in ambito ospedaliero), aggressioni ad opera di pazienti/utenti soprattutto in Pronto Soccorso ed eventi riconducibili a criticità nelle attività assistenziali diagnostiche e terapeutiche. A tutti gli altri eventi segnalati va attribuito un carattere di "singolarità". Inoltre, i dati desunti dalla totalità degli eventi registrati nel 2023, ovvero comprensivi di quelli rilevati dal "contenzioso" relativi anche ad eventi accaduti e denunciati in anni precedenti, evidenziano che le aree assistenziali più "colpite" sono l'Ortopedia, il Pronto Soccorso, la Chirurgia, la Ginecologia e Ostetricia, la Cardiologia.

Il tema delle cadute, di prioritaria importanza, pone l'esigenza di un costante monitoraggio nel tempo, non soltanto in rapporto alla numerosità degli eventi, ma soprattutto in rapporto alla verifica analitica degli accadimenti, indispensabile per una reale e concreta successiva prevenzione. Dall'analisi degli eventi avversi "cadute" è emerso che il fattore favorente è principalmente riconducibile a caratteristiche intrinseche al paziente e alla mancata compliance del paziente (inosservanza delle regole dettate dagli operatori ai pazienti con difficoltà nella deambulazione); raramente sono stati riscontrati fattori favorenti l'evento caduta correlati ad una mancata vigilanza da parte degli operatori sanitari o fattori correlati a caratteristiche della Struttura e/o criticità nel rispetto delle procedure e/o protocolli messi in atto dalla Struttura da parte degli operatori.

Al fine di potenziare le conoscenze degli operatori e favorire la corretta applicazione della Raccomandazione Ministeriale n.13 si è proceduto, nel 2023 e nei primi due mesi del 2024, a realizzare un evento formativo (accreditato ECM) per la prevenzione della caduta, a cui hanno partecipato n.86 operatori.

In merito agli episodi di violenza contro operatore, tra le cause contribuenti/favorenti sono stati principalmente individuati difetti di comunicazione e criticità strutturali, per la cui risoluzione sono state programmate attività di formazione/informazione per il personale sanitario e modifiche organizzative/strutturali.

La puntuale informazione e formazione del personale rimane obiettivo fondante, allo scopo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva e di diffondere a tutto il personale la conoscenza dei rischi potenziali, nonché delle tecniche da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza (riconoscimento precoce e capacità di gestione di comportamenti aggressivi e violenti altrui, privilegiando tecniche di prevenzione di deescalation, di tranquillizzazione rapida, etc.).

I risultati delle analisi condotte sono riportati nella tabella 4 con le indicazioni dei piani di miglioramento intrapresi.

## **B. ANDAMENTO ANNO 2023 DELLA GESTIONE REATTIVA**

Le segnalazioni di Incident Reporting sono state prese in carico dall'UOC Clinical Risk Management e per ciascuna delle segnalazioni per cui si è completata l'istruttoria (per la raccolta dei dati necessari e della relativa documentazione sanitaria) è stata disposta la relativa analisi, con la successiva definizione di un piano di azione, quando necessario.

Per le segnalazioni di eventi sentinella per cui è stato garantito il corretto flusso informativo ministeriale SIMES-ES, sono stati attivati degli audit (SEA) oppure delle RCA, a seconda degli esiti delle valutazioni preliminari effettuate di volta in volta; per ciascun evento sentinella è stato predisposto un piano di azione e si è proceduto al successivo monitoraggio dell'applicazione dello stesso.

**C. DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES**

I debiti informativi, relativi all'anno 2023, verso la Regione e verso il Ministero (flusso SIMES), nonché gli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale, derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti.

## 7. LE AZIONI PER LA SICUREZZA: RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL TRIENNIO 2021-2023

Rispetto alla programmazione delle attività ordinarie legate alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio, si evidenzia, innanzitutto la necessità di continuare le attività previste nel PARM 2021-2023, rallentate e/o non concluse per l'emergenza pandemica.

In termini generali, uno degli obiettivi prioritari di livello aziendale è rappresentato dalla crescita della cultura della sicurezza e della consapevolezza che la sicurezza, oltre a rappresentare un elemento imprescindibile del governo clinico, avrà un peso sempre più rilevante sulle politiche sanitarie, anche in considerazione degli aspetti economici relativi ai costi diretti (derivanti dai danni correlati agli eventi avversi) e indiretti (relativi al contenzioso). Parimenti dovrà aumentare la consapevolezza della trasversalità della tematica, con il conseguenziale miglioramento delle collaborazioni sul tema intra- e inter-servizi ed incremento delle sinergie su specifici ambiti (es. sicurezza del farmaco, del percorso nascita, ecc.).

In tal senso, l'impegno prioritario dell'Azienda per garantire cure sicure insisterà sui cardini principali del governo clinico e pertanto le azioni di base previste sono:

- verifica dei processi essenziali, compresa la tracciabilità relativa alla documentazione, alle procedure, ai processi di sanificazione, alla gestione dei farmaci, etc.;
- maggiore impulso all'attuazione di audit clinici e safety walk round per aumentare la consapevolezza dei professionisti, con l'adozione di piani di miglioramento;
- promozione di interventi per favorire/garantire l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra la funzione di gestione del rischio sanitario e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, sicurezza del sangue, ecc.); in particolare, rafforzamento della sinergia con i referenti aziendali per la valutazione e la gestione del contenzioso, anche per assicurare la disponibilità di flussi informativi utili per azioni di miglioramento e per valutazioni relative agli aspetti medico-legali assicurativi;
- sensibilizzazione e formazione del personale sulla gestione del rischio clinico;
- recepimento di eventuali nuove disposizioni, indirizzi, raccomandazioni e linee guida con impatto sulla sicurezza delle cure e sulla gestione del rischio, declinandole nella realtà operativa attraverso specifici documenti operativi e strumenti;
- miglioramento e maggiore adesione del sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi a sicurezza e rischio, privilegiando l'informatizzazione delle registrazioni vista come leva per aumentare la capacità di elaborazione delle informazioni raccolte;
- monitoraggio sistematico del livello di adesione a raccomandazioni ministeriali/AGENAS, PDTA e procedure che impattano sul livello di rischio;
- attività di risk assessment con successive azioni di miglioramento, laddove necessarie.

Nel successivo paragrafo si riportano le tabelle che illustrano le linee di attività definite dal **Piano Annuale di Clinical Risk Management 2024-2026**, approvato con deliberazione n. 491/2024, sulla

scorta della gestione del rischio attuata nel triennio precedente, nelle quali è indicato lo stato di attuazione delle stesse.

## OBIETTIVO A: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

### VERIFICA/PROMOZIONE APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE

ATTIVITÀ	Realizzata	STATO DI ATTUAZIONE
<p><b>1. QUALITÀ E CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pianificazione Valutazione della completezza e correttezza della documentazione sanitaria mediante griglie di valutazione aziendale</li> <li>- Gestione del consenso informato e revisione della procedura aziendale (Delibera n.643/2015) ai sensi Legge 22 dicembre 2017, n.219 e delibera n.52/2018 "Presenza d'atto ed adozione del regolamento in materia di protezione dei dati personali"</li> <li>- Verifica della presenza dell'avvenuto consenso, correttamente compilato in cartella clinica</li> <li>- Verifica della congruità della formula di consenso informato</li> <li>- Riesame indicazioni contenute nei vari moduli di consenso informato</li> <li>- Verifica dell'utilizzo FUT (Foglio Unico di Terapia), a campione del 20% dei ricoveri nelle Cartelle</li> <li>- Verifica Check List di Sala Operatoria</li> </ul>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di griglie di valutazione per il monitoraggio della correttezza documentazione sanitaria</li> <li>- In attesa di riscontri il monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale (vedi nota UOC CRM Prot. del 22/02/2024)</li> <li>- Pianificata l'attività di revisione delle procedure adottate</li> <li>- Monitoraggio applicazione check list programmato</li> <li>- Definito e progettato il programma del corso di formazione aziendale ECM, che si terrà in 3 edizioni a partire dall'aprile 2024 per favorire la corretta gestione della documentazione e del consenso informato</li> </ul>
<p><b>2. DIFFUSIONE DI RACCOMANDAZIONI PER MINIMIZZARE IL RISCHIO DI ACCADIMENTO DEGLI EVENTI SENTINELLA E DEGLI EVENTI AVVERSI PIÙ DIFFUSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica Implementazione e diffusione delle procedure aziendali redatte secondo le raccomandazioni ministeriali</li> <li>- Monitoraggio sistematico della applicazione delle procedure</li> <li>- Formazione/informazione in loco</li> <li>- Effettuazione sopralluoghi SWR</li> </ul>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio sistematico dell'applicazione delle procedure, nota CRM prot. 48797 del giugno 2022;</li> <li>- Inserimento dei dati aziendali sulla piattaforma informatica Agenas</li> <li>- SWR (percorso rosa PO C/MARE) e n. 2 audit</li> <li>- 7 novembre e 14 novembre 2022, nota UOC CRM prot. n. 126170 del 2/11/2022</li> <li>- N. 5 Audit per la verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali e delle procedure in uso (PPOO aziendali), nota UOC CRM, prot. n. 104520 del 30 settembre 2022,</li> <li>- Monitoraggio dell'applicazione del manuale di sala operatoria, nota CRM prot. n.57777 del 20 marzo 2023, realizzazione di 1 audit con DD.MM.PP. e UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione e somministrazione check list);</li> <li>- Inserimento dei dati aziendali sulla piattaforma informatica Agenas, monitoraggio febbraio 2023, effettuato</li> <li>- N. 12 Audit/Giri per la sicurezza per la verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali e delle procedure in uso (PPOO aziendali), nota UOC CRM, prot. n. 25700 del 6 febbraio 2023, 1954 del 3 gennaio 2024</li> </ul>

- Monitoraggio raccomandazioni case di cura accreditate  
(nota Prot. 190657 del 6 ottobre 2023)

<p><b>3. ANALISI PROFONDA DEGLI EVENTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione ed introduzione sistematica esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo e SEA</li> <li>- Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi sentinella e degli eventi avversi significativi</li> <li>- Predisposizione Azioni e piani di miglioramento</li> </ul>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stesura e adozione della “Procedura di gestione degli eventi avversi”, deliberazione n. 2 del 04/01/2022</li> <li>- Proposta “procedura aziendale per la gestione dei sinistri, prot. n. 161061 del 19.08.2021</li> <li>- Analisi e predisposizione piani di miglioramento 2021: SINISTRI N.104; EA/ES 10/10;</li> <li>- Analisi eventi avversi e predisposizione piani di miglioramento 2022: EA/ES: n. 25;</li> <li>- Analisi eventi avversi e predisposizione piani di miglioramento 2023: EA/ES: n. 36;</li> <li>- Registrazione (registro “Past harms”), Analisi eventi avversi da dati del contenzioso e predisposizione piani di miglioramento: SINISTRI registrati anno 2022 n. 85</li> <li>- Registrazione (registro “Past harms”), Analisi eventi avversi da dati del contenzioso e predisposizione piani di miglioramento: SINISTRI registrati n. 166</li> <li>- RCA. Sono stati realizzate n. 15 root cause analysis reazioni ad eventi avversi/sinistri</li> <li>- Audit: 13 significant event audit</li> <li>- Monitoraggio applicazione piani miglioramento (cfr. punto n.5)</li> <li>- Costituzione del Team aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (formalizzato con <i>Deliberazione n. 45 dell’11 gennaio 2024</i>), tra i cui compiti principali è stata prevista l’attività di analisi profonda degli eventi</li> </ul>
<p><b>4. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA</b></p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio attività IPC PP.OO. aziendali (nota UOC CRM, prot. 82350 del 18/8/2022, nota-sollecito- UOC CRM, prot. n. 94398 del 14/9/2022)</li> <li>- N.5 Audit per la verifica dell’applicazione delle delle procedure IPC in uso, focus ICA e Covid 19 (PPOO aziendali), nota 111827 dell’11/10/2022</li> <li>- Monitoraggio rete referenti ICA UUOCC, nota UOC CRM 89754 del 6/9/2022, sollecito prot. n. 94542 del 14/09/2022, sollecito prot. n. 111789 del 11/10/2022</li> <li>- Promozione delle attività formative in materia IPC (<i>vedi obiettivo B</i>)</li> <li>- Monitoraggio applicazione azioni previste in caso di Infezioni da Germi Alert, segnalate dai PPOO (n. segnalazioni 2022: 31)</li> <li>- Istruttoria per l’aggiornamento della composizione del CICA e dei CCIIOO</li> <li>- Azioni per la revisione delle procedure per la gestione delle infezioni da germi alert e CRE (nota UOC CRM prot. 106632 del 29 maggio 2023, nota UOC CRM 206266 del 26 ottobre 2023, nota UOC CRM 161827 del 22/08/2023, nota UOC CRM 182395 del 26/09/2023)</li> <li>- Promozione della corretta applicazione delle procedure IPC e controllo delle ICA (nota UOC CRM Prto.161101 del 18/8/2023);</li> <li>- N.1 Audit per la verifica dell’applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei germi alert e applicazione dei protocolli di sorveglianza, nota UOC CRM, prot. n. 106632 del 29 maggio 2023)</li> </ul>

		- Monitoraggio applicazione azioni previste in caso di Infezioni da Germi Alert, nota UOC CRM 119478 del 15/6/2024; segnalazioni germi alert pervenute nel 2023: 32 (di cui 10 in Rianimazione, 3 Pneumologia, 3 in neurologia, 7 MCAU, 2 Medicina Generale, 1 Ortopedia, 2 Pediatria, 1 UTIC, 1 Riabilitazione, 2 altro reparto)
STRUMENTI PER LE MISURE DI IPC E ACCESSI IN EPOCA COVID	SI	- Check A e B per tutte le strutture sanitarie; nota CRM PROT. N. 39262 del 19.02.2021 - Aggiornamento Check list A e B, Check list E per le strutture sociosanitarie Prot. n. 154374 del 10.08.2021 - Check list di autocontrollo nei centri vaccinali
5. ADESIONE A LINEE GUIDA PROCEDURE PROTOCOLLI - Promozione, stesura e adesione alle Buone - Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale per le principali patologie, identificate come le prime tre patologie più frequenti	SI	- PDTA "Gestione del paziente con covid 19" delibera n. 869 del 22/09/2021 - Stesura della "Procedura per la gestione della procedura terapia elastomerica" (DELIBERAZIONE n. 905 del 26.07.2023); - Coordinamento del Gruppo di Lavoro per la revisione della procedura Triage (vedi punto 8) - Coordinamento del Gruppo di Lavoro per la procedura per la gestione dei germi ALERT e CRE (Vedi punto 4) - Coordinamento del gruppo di lavoro per la definizione del PDTA interaziendale ASL NA 1- ASL NA 3 SUD- PDTA definito in attesa di formalizzazione per la risoluzione della criticità informatica (visione delle immagini radiologiche) - Sono in corso le attività per l'aggiornamento della procedura aziendale (deliberazione n.272 del 22/03/2018) per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno di operatori sanitari, in collaborazione con la UOC Prevenzione e Protezione - Promozione del Protocollo Terapeutico regionale per il trattamento della Cistite interstiziale, deliberazione n. 44 del 10 gennaio 2024 - Aggiornamento procedura aziendale "Percorso Rosa", procedura aziendale di cui alla delibera n. 603 del 25 luglio, coordinamento del gruppo di lavoro ad hoc costituito, numerose riunioni del gruppo di (23 gennaio 2023, 20 febbraio 2023, 6 marzo 2023, 21 novembre e 14 dicembre 2023, 23 gennaio 2024)
6. MONITORAGGIO APPLICAZIONE AZIONI PREVISTE PER GLI EVENTI SENTINELLA	SI	- Monitoraggio applicazione piano di azione E.S. 2021 (note CRM prot. n. 83717 del 23/08/2022, prot. n.83742 del 23.08.222; prot. n. 83725 del 23/08/2022) - Monitoraggio applicazione piano di azione E.S. (nota UOC CRM 47387 del 7 marzo 2023) - Monitoraggi applicazione piani di azione E.S. (note UOC CRM 43692 del 22/2/2024, 43683 del 22/2/2024 e nota 43665 del 22/2/2024)
7. CONTENIMENTO DEL RISCHIO CLINICO IN SALA OPERATORIA - Verifica applicazione regolamento Blocco Operatorio e Check list di sicurezza in S.O. - Monitoraggio applicazione regolamento Blocco Operatorio e Check list di sicurezza in sala operatoria	SI	- Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria 2021, 2022 e 2023: ➤ Audit con Direzioni mediche di Presidio degli ospedali aziendali ➤ In tutte le Unità Chirurgiche Aziendali è applicato il manuale della sicurezza (nota UOC CRM 57777 del 20/3/2023); ➤ In tutte le Sale operatorie aziendali è applicata la checklist di sala operatoria

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ È stato effettuato il previsto specifico monitoraggio annuale dell'adozione della Check-list nelle SS.OO. aziendali con inserimento su piattaforma informatica Agenas</li> <li>- Aggiornamento procedura sanificazione e pulizia BBOO (nota UOC CRM 229196 del 27/11/2023 e nota UOC CRM 28608 del 2/2/2024)</li> </ul>
<p><b>8. SICUREZZA IN AREA EMERGENZA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN P.S.</b>        (Promozione azioni per riduzione sovrappollamento: Triage, discharge-admission room, bed management, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione dei carrelli di emergenza</li> <li>- Promozione e stesura procedura Gestione del Carrello di emergenza</li> <li>- Aggiornamento Procedura Triage</li> </ul>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica disponibilità dei Carrelli di Emergenza nelle strutture, nota CRM/DS del 105311 del 10.07.2021; Monitoraggio Defibrillatori PROT. N. 127085 del 01.07.2021; Costituzione gruppo di lavoro nota DS N. 131760 del 09.07.2021;</li> <li>- Redazione procedura "Gestione del Carrello di emergenza".</li> <li>- Adozione procedura "Gestione del Carrello di emergenza" deliberazione DG N.633/2022;</li> <li>- Coordinamento del gruppo di lavoro con i PPSS e le Direzioni Mediche di Presidio per la revisione della Procedura Aziendale "Triage" nota UOC CRM Prot. n. 119096 del 20 ottobre 2022, nota UOC CRM Prot. n. 116044 del 17/10/2022</li> <li>- Trasmissione Linee guida "Gestione sovrappollamento in PS", nota UOC CRM Prot. 38633 del 6/6/2022</li> <li>- Rilevazione fabbisogno formativo Triage, note UOC CRM, prot. n. 125233 del 31/10/2022, prot. 121271 del 25/10/2022</li> <li>- Coordinamento del gruppo di lavoro con i PPSS e le Direzioni Mediche di Presidio per la revisione della Procedura Aziendale "Triage" – è stato attivato uno specifico tavolo tecnico, Sono stati attivati due sottogruppi di lavoro, coordinati di concerto con due direttori UUOCC MCAU: Gruppo di lavoro "TRIAGE" e gruppo di lavoro "Procedure infermieristiche in PS" (note UOC CRM Prot. 100976 del 22 maggio, 104946 del 26 maggio 2023, 109053 del 1 giugno 2023, 113934 dell'8 giugno 2023, 113736 dell'8 giugno 2023, 118876 dell'15 giugno 2023, 118783 del 15 giugno 2023, 123516 del 21 giugno 2023, 124742 del 22 giugno, 129082 del 29 giugno 2023, 131127 del 3 luglio 2023, 133146 del 5 luglio 2023, 146900 del 24 luglio 2023, 153293 del 2 agosto 2023)</li> <li>- Progettazione e realizzazione del corso di formazione (compreso il refresh per gli operatori già formati): sono state realizzate le prime due edizioni (nelle giornate 18 e 19 maggio e nelle giornate 26 e 27 maggio 2023) per complessivi 60 partecipanti, le successive edizioni sono state realizzate nel mese di ottobre (edizione n. 3 12 e 13 ottobre, edizione n. 4 30 e 31 ottobre,) per un totale di 56 partecipanti. Il corso di formazione è stato realizzato con la collaborazione della società scientifica "Gruppo Formazione Triage". La quarta ed ultima edizione è stata realizzata in modalità re-training per tutti gli operatori sanitari in precedenza formati, che necessitavano di aggiornamento secondo le nuove linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero. In tale edizione è stato anche realizzato un focus di approfondimento sul triage pediatrico.</li> </ul>
<p><b>9. SICUREZZA IN AREA MATERNO-INFANTILE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giri per la sicurezza "Percorso Nascita": Centri vaccinali, punti nascita,</li> </ul>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuati n.2 SWR nei centri vaccinali (2021)</li> <li>- Celebrazione giornata nazionale per la sicurezza delle cure della madre e del bambino, nota n. 179864 del 14.09.2021</li> <li>- Webinar "Sicurezza delle cure per la madre e il suo bambino"</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione corsi di formazione con simulazione di situazione critica di emergenza.</li> <li>- Analisi dello stato di elaborazione percorsi e istruzioni operative</li> <li>- Promozione delle attività per garantire la partecipazione alle Sorveglianza delle mortalità materna e dei near misses ostetrici, studi condotti dall'ISS</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione della "Procedura per la gestione del trasferimento del paziente perinatale in emergenza" in conformità al decreto n. 62 del 05.07.2018, <i>in condivisione</i></li> <li>- Corsi di formazione con simulazione di situazione critica di emergenza per l'età neonatale realizzati dalla UOC Formazione e Sviluppo del personale</li> <li>- Aggiornamento della rete dei referenti (nota UOC CRM prot. 221257 del 16/11/2023 e 235611 del 6/12/2023)</li> <li>- Partecipazione alla giornata di formazione effettuata in data 17 gennaio 2024 dall'ISS</li> </ul>
<p><b>10. RIDUZIONE RISCHIO CLINICO DA FARMACI E EMODERIVATI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettazione Evento "Rischio clinico da Farmaci"</li> <li>- Progettazione evento "La gestione in sicurezza dei farmaci antineoplastici"</li> </ul>	<p>Si</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poster "Raccomandazioni FCSA sulla somministrazione dei vaccini anti-Covid nei pazienti in T.A." (2021)</li> <li>- Poster Farmacovigilanza "Segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini covid-19" (2021)</li> <li>- Celebrazione giornata nazionale per la sicurezza delle cure, <i>nota CRM, Prot. N. 91672 del 8/9/2022</i></li> <li>- Realizzazione brochure per l'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali Sicurezza in area Farmacologica</li> <li>- Seminario aziendale in presenza e webinar, <i>nota CRM 97164 del 19/9/2022</i></li> <li>- Realizzazione del Corso FAD IL RISCHIO CLINICO DA FARMACI, <i>nota n. 97114 del 19.09.2022</i></li> <li>- Realizzazione del Corso o FAD, <i>La gestione in sicurezza dei farmaci antineoplastici- nota n. 97114 del 19.09.2022</i></li> </ul>

## OBBIETTIVO B: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

1. PERCORSO FORMATIVO "RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA PER PREVENIRE GLI EVENTI AVVERSI"	SI	Cfr punto n.11 Progettazione e realizzazione, in collaborazione con la UO formazione ed il Dipartimento di Medicina di Laboratorio, di n. 3 edizioni (nota UOC CRM Prot. n. 63065 del 27 marzo 2023) dell'Evento Formativo ECM "La gestione dei prelievi biologici e degli accertamenti necessari per il controllo delle sostanze di abuso" (eventi realizzati nei mesi di aprile, maggio e giugno 2023)
2. PERCORSO FORMATIVO "RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA"	SI	- Promozione Corsi FAD per la gestione del rischio Infettivo disponibili sulla Piattaforma EDUISS (I.S.S.) nota CRM n. 82853 del 19/08/2022 - Realizzazione corso aziendale ECM, Infezioni sistemiche: dalla clinica alla gestione di laboratorio del paziente con ICA e sepsi, programmate tre edizioni, realizzate le tre edizioni previste (aprile, maggio e giugno 2023)
3. SICUREZZA DEL PROCESSO VACCINALE	SI	- Realizzate numero 4 Webinar
4. PROMOZIONE SICUREZZA AREA MATERNO-INFANTILE	SI	- Aggiornamento della rete dei referenti per la sorveglianza della mortalità materna e dei near misses - Partecipazione all'evento formativo ISS... - WEBINAR 17 settembre 2021 "Sicurezza del percorso nascita
5. PREVENZIONE VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	SI	- Corso aziendale ECM "La gestione e la prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari", in collaborazione con il P.O. di Nola, n. 6 edizioni, (vedi comunicazioni PP.OO. Nola del 26 aprile 2022) - Predisposte le azioni per Aggiornamento procedura (del n. 272 /20218) nota UOC CRM prot. 143136 del 18 luglio 2023, propedeutiche alla realizzazione di un nuovo evento formativo, che sarà inserito nel Piano ECM 2024
6. LA RESPONSABILITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI E LA SICUREZZA DELLE CURE DOPO LA LEGGE 24/2017	SI	Sono stati inseriti cenni sulla materia in tutte le attività formative promosse e realizzate
7. CORSO BASE RISCHIO CLINICO 2021 - 2022 TALETE WEB	SI	- Corso base rischio clinico 2021, nota CRM n. 51 del 03.02.2022, nota e n. 238143 del 02.12.2021 - Corso base rischio clinico 2023, disponibile in FAD (Talete-web net) - Evento formativo per i facilitatori presso il P.O. San Leonardo in data 11 maggio 2023
8. RISCHIO CLINICO DA FARMACI	SI	- Corso FAD aziendale, nota n. 97114 del 19.09.2022 (cfr obiettivo A punto 9)
9. LA GESTIONE IN SICUREZZA DEI FARMACI ANTINEOPLASTICI	SI	- Corso o FAD Piattaforma Talete, nota n. 97114 del 19.09.2022 (cfr. obiettivo A punto 9)
10. INCONTRI INFORMATIVI/FORMATIVI SUL CORRETTO USO DEI DISPOSITIVI DIAGNOSTICI PER L'ESECUZIONE DELLE EMOCULTURE	SI	- Evento ECM in Presenza (n.2 edizioni), nota CRM n. 33501/2022
11. INCONTRI INFORMATIVI "I TEST DI COAGULAZIONE: APPROPRIATEZZA, VARIABILITÀ E SINERGIA FRA CLINICA E DIAGNOSTICA"	SI	- Evento ECM in Presenza (n.2 edizioni), nota CRM n. 36094/2022
12. INCONTRO INFORMATIVO/FORMATIVO PER LA CORRETTA APPLICAZIONE DEL "PERCORSO OPERATIVO RELATIVO ALLA	SI	- Evento in Presenza 2 agosto 2022 Torre del Greco, nota CRM n. 68397/2022

<p>VIOLENZA SULLE DONNE E BAMBINI NEGLI OSPEDALI AZIENDALI"</p>		<p>- Supporto all'organizzazione degli eventi aziendali ECM 5144 e 5145, Percorso ospedaliero aziendale sulla refertazione nei casi di violenza di genere, realizzati il 12 giugno 2023 presso Torre del Greco, Hotel Poseidon</p>
<p><b>13. FORMAZIONE FACILITATORI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b></p>	<p>SI</p>	<p>- Formazione dei facilitatori secondo il "modello Italiano della Fotografia del rischio" della Luiss School, nota UOC CRM, Prot. n. 5987 del 19 aprile 2022</p> <p>- Costituzione rete ospedaliera dei facilitatori, delibera DG ASL NA 3 Sud n. 635 del 13 luglio 2022 e delibera n. 678/2022</p> <p>- Ciclo di incontri con i facilitatori, nota CRM n. 5987 del 19/04/2022, nota CRM n.91562 del 08/09/2022</p> <p>- Formazione dei facilitatori secondo il "modello Italiano della Fotografia del rischio" della Luiss School</p> <p>- per la realizzazione della Fotografia presso l'Ospedale di Castellammare (vedi nota UOC CRM Prot. n. 9982 del 16/1/2023): formazione frontale dei facilitatori, seguita da 4 giornate di formazione sul campo con la realizzazione di una fotografia del rischio presso l'ospedale San Leonardo; il 16 ed il 17 ottobre 2023 sono state realizzate ulteriori due giornate di formazione sulla materia</p> <p>- presentazione dei risultati della fotografia realizzata alla Direzione Medica di Presidio di Castellammare di Stabia in data 5 gennaio 2024.</p>

## OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

<p>1. <b>CELEBRAZIONE GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA CURE – 17 SETTEMBRE</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Celebrazione giornata 2021 “Uniti per la salute della mamma e del bambino”, nota CRM n. 179864 del 10.09.2021</li> <li>- WEBINAR 17 settembre 2021 “Sicurezza del percorso nascita”</li> <li>- Celebrazione giornata 2022, nota CRM n. 91672/2022</li> <li>- Evento in presenza e Webinar, "Medication Without Harm" (Uso dei Farmaci senza Danni), nota CRM n. 97164 del 19/9/2022</li> <li>- Poster, locandine sul tema della giornata</li> <li>- Celebrazione giornata 2023 “Engaging Patients for Patient Safety”, nota CRM Prot. n. 164153 del 29 agosto 2023 e nota CRM Prot. n. 172455 11/09/2023, nota Prot. 172899 del 12 settembre 2023</li> <li>- Poster, locandine sul tema della giornata (coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e dalla comunità nella sicurezza dell'assistenza “Engaging Patients for Patient Safety”).</li> </ul>
<p>2. <b>CAMPAGNA “LAVA LE MANI, SALVA LAVITA”</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2021: Acquisizione termo-scanner per le attività formative, cartellonistica dedicata</li> <li>- 2022: Refresh lavaggio mani, cartellonistica dedicata</li> <li>- 2023:</li> <li>- Celebrazione della giornata mondiale igiene delle mani (nota prot. 89465 del 4 maggio 2023)</li> <li>- Avvio campagna no bijoux (cartellonistica dedicata)</li> <li>- Refresh lavaggio mani, cartellonistica dedicata (nota Prot. 142745 del 18 luglio 2023 (aggiornamento procedura lavaggio mani)</li> </ul>
<p>3. <b>CAMPAGNA “ATTENTO CHE CADI”</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refresh misure per prevenire le cadute in ospedali. Cartellonistica e informative per i pazienti</li> </ul>
<p>4. <b>CELEBRAZIONE GIORNATA NAZIONALE “VIOLENZA CONTRO OPERATORE” – 12 Marzo</b></p>	<p><b>SI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nota UOC CRM- UOC SIAN. Prot. SIAN 588 del 3 marzo 2022</li> <li>- Nota UOC CRM, Prot. 36807 del 21/02/2023</li> <li>- Predisposto comunicato stampa con l’Ufficio Aziendale</li> </ul>
<p>5. <b>AGGIORNAMENTO COMPOSIZIONE UNITÀ DI CRISI</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istruttoria per l’aggiornamento della unità di crisi (deliberazione n. 62 del 15 gennaio 2024)</li> </ul>

## 8. CONCLUSIONI

L’attività di risk management rappresenta un concetto universale e trasversale, che ha trovato applicazione in ogni settore dell’economia moderna e, quindi, anche dell’attività pubblica. In particolare, nel settore sanitario si configura come *gestione del rischio clinico o clinical risk management* ed è definibile come quel processo attraverso il quale si identifica, si stima o misura un rischio e, successivamente, si sviluppano strategie per minimizzarlo e governarlo.

La sicurezza delle cure consiste in un processo organizzativo/funzionale improntato ad evitare, prevenire e mitigare gli effetti avversi o i danni derivanti dal processo di assistenza sanitaria ed è raggiungibile solo attraverso un percorso lungo e complesso, che la nostra Azienda ha favorito ed

avviato fin dal 2012 con l'attivazione di un'UOC dedicata alla promozione delle attività per la gestione del rischio clinico, la sicurezza e la qualità delle cure.

Ad oggi, l'attenzione di tutti i professionisti ed operatori al tema della sicurezza del paziente risulta particolarmente elevata, non solo per il timore sempre maggiore delle eventuali conseguenze giudiziarie ed economiche, ma anche perché si sente un forte bisogno di cambiamento rispetto ad una nuova etica sanitaria, nonché un accresciuto senso di responsabilità personale e professionale. L'art.1 comma 1 della Legge n.24/ 2017 afferma che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività; il successivo comma 2 sottolinea che "la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative".

La succitata Legge ha, dunque, inteso abbandonare il culto della responsabilità personale per promuovere la cultura della sicurezza delle cure in un approccio sistemico al rischio clinico, segnando il passaggio da una responsabilità individuale, della singola struttura e del singolo operatore, ad una responsabilità di sistema, dell'intero SSN, nella sua dimensione organizzativa. In tal modo, da una responsabilità retrospettiva, che guarda a chi ha commesso l'errore, il focus viene posto su una responsabilità prospettiva, che guarda al perché è accaduto l'errore e a come evitarlo. Questo tipo di responsabilità individua un nuovo paradigma per gli eventi che accadono nei sistemi complessi, e quindi, nelle strutture sanitarie, tale da orientare tutti gli operatori verso il miglioramento della sicurezza, specificando i doveri nel creare un ambiente più sicuro, in termini di azioni preventive, analisi degli errori, soluzioni correttive e obbligo di trasparenza.

Se l'obiettivo che ci si prefigge è quello della sicurezza del paziente, è necessario essere consapevoli che la cultura della colpa, la cosiddetta "blame culture", non serve a rendere la pratica clinica più sicura, poiché gli operatori sanitari più temono le conseguenze dei loro errori, più tendono a nascondersi o ad attribuirne la causa ad altri; più si colpevolizzano gli operatori di prima linea, più le organizzazioni sanitarie diventano vulnerabili agli incidenti: questo è quanto affermano importanti istituzioni sanitarie ed esperti di errori medici e sanitari a livello nazionale ed internazionale.

Il ruolo affidato a quanti si occupano di gestione del rischio clinico, a cui, secondo la Legge Gelli, concorre tutto il personale che opera nel SSN, non è la ricerca del colpevole, ma quella dell'errore di sistema, con l'obiettivo prioritario del miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure.

Lo sforzo da compiere deve essere orientato a considerare il concetto di sicurezza nella sua globalità, non solo per ridurre il numero degli eventi (avversi o senza danno che siano), ma per favorire lo sviluppo delle logiche proattive per la ricerca costante dei punti critici e per accrescere la capacità degli operatori di analizzare ogni circostanza avversa, con l'obiettivo di comprendere le reali cause degli eventi avversi, per provare a porvi rimedio mediante l'adozione di specifiche azioni e piani di miglioramento.

In particolare, le azioni programmate per il 2024 (cfr. PARM 2024-2026), fondate sull'analisi dei dati del triennio 2021-2023, sono state dettate anche dalla necessità di affrontare criticità cogenti

relative alla carenza di personale in alcuni settori strategici, in particolare dell'area dell'emergenza/urgenza, rafforzando sia gli aspetti organizzativi che quelli tecnico-professionali dell'assistenza (implementazione sistemi barriera per la prevenzione e il contenimento degli errori). Considerata la difficoltà, registrata nel 2023, ad attuare pienamente il sistema di Incident Reporting, ulteriore impulso sarà assicurato per sensibilizzare gli operatori sul ruolo delle segnalazioni degli eventi avversi, compresi i near misses; contestualmente, saranno potenziate le azioni proattive per l'attuazione degli strumenti del clinical risk management, anche per la prevenzione e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, per cui è stato definito uno specifico piano aziendale adottato con la deliberazione n.938/2023.

Nel 2024 sarà realizzato uno specifico programma di risk assessment che coinvolgerà inizialmente una unità operativa per ciascun presidio ospedaliero al fine di supportare ciascuna equipe nella corretta applicazione del sistema di gestione del rischio clinico aziendale, favorendo l'implementazione dei sistemi per il miglioramento continuo della qualità.

Anche per il 2024, sarà necessario un impegno collettivo, con il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali e la partecipazione, accanto agli operatori sanitari, degli stessi utenti, dei loro familiari o care-givers e dei rappresentanti di associazioni di pazienti e di tutela dei cittadini, con l'obiettivo di informare e formare sui temi di salute, sanità e sicurezza, con l'obiettivo di garantire la piena applicazione di un sistema di contenimento e gestione del rischio in favore dei pazienti e degli stessi operatori che praticano le cure.