

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1443 DEL 02/08/2024

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 13 del 26/02/2024

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO RISCHIO CLINICO DELL'AZIENDA ULSS 7
PEDEMONTANA PER L'ANNO 2024.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Anno Proposta: 2024 Numero Proposta: 1238/24

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Maria Oliviera Cordiano.

Il Dirigente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, sulla base della documentazione predisposta dall'UOSD Risk Management, relaziona quanto segue.

Premesso che:

- lo sviluppo della sicurezza del paziente come elemento costituente la qualità delle cure è un processo che vede coinvolti tutti i soggetti che operano nel complesso sistema della sanità, perché se sono consapevoli possono contribuire al raggiungimento e al mantenimento degli obiettivi di sicurezza;
- è indispensabile, in quest'ottica, il coinvolgimento della leadership nella realizzazione di un sistema di gestione del rischio clinico, con il sostegno alle attività proposte dalla UOSD Risk Management, e dai Direttori delle Unità Operative che sono responsabili dei processi di miglioramento della sicurezza nelle loro specifiche unità operative;
- nel contempo, i pazienti sono attori importanti nello sviluppo del processo assistenziale e in tal senso devono essere coinvolti anche nella gestione del rischio clinico attraverso azioni di empowerment per favorire il loro benessere e la protezione della loro salute;
- con DGR n. 1831 del 01 luglio 2008, che istituiva il modello organizzativo regionale per la gestione della sicurezza del paziente poi confermato nella sostanza con la DGR n. 2255 del 30 dicembre 2016, la Regione Veneto ha previsto l'approvazione di un piano annuale aziendale per la sicurezza del paziente;
- con DGR n. 1402 del 01 ottobre 2019 la Regione Veneto rafforzava l'integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo nell'ambito della funzione aziendale di gestione del rischio clinico, in modo da avvalersi di tutte le competenze e ottimizzare l'uso delle risorse;
- con DGR n. n. 1191 del 05 ottobre 2023 la Regione Veneto approvava il Piano regionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza (PRCAR) - 2022-2025, che ulteriormente ribadiva la necessità di pianificare annualmente le attività prioritarie in termini di gestione degli antimicrobici e infezioni correlate all'assistenza.

Tutto ciò premesso, al fine di dare attuazione a quanto sopra e formalizzare le linee di lavoro aziendali prioritarie (non esaustive) in tema di prevenzione e gestione del rischio clinico per l'anno 2024, su indicazione del Direttore Sanitario, il dirigente propone di approvare il documento "Piano Rischio Clinico per l'anno 2024" allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'U.O.C. competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di approvare il documento "Piano Rischio Clinico per l'anno 2024" allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

Piano di gestione del Rischio Clinico

Premessa

Con la DGR n. 1831 del 01 luglio 2008, che istituiva il modello organizzativo regionale per la gestione della sicurezza del paziente poi confermato nella sostanza con la DGR n. 2255 del 30 dicembre 2016, la Regione Veneto ha previsto l'approvazione di un piano annuale aziendale per la sicurezza del paziente.

Successivamente, con la DGR n. 1402 del 01 ottobre 2019 la Regione Veneto rafforzava l'integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo nell'ambito della funzione aziendale di gestione del rischio clinico, in modo da avvalersi di tutte le competenze e ottimizzare l'uso delle risorse.

Infine, con la DGR n.1191 del 05 ottobre 2023 la Regione Veneto approvava il Piano regionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza (PNCAR) - 2022-2025, che ulteriormente ribadiva la necessità di pianificare annualmente le attività prioritarie in termini di gestione degli antimicrobici e infezioni correlate all'assistenza.

Strutturazione del piano

Il Piano, che formalizza annualmente le linee di lavoro aziendali prioritarie in tema di prevenzione e gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza, è sempre strutturato su sei pilastri:

- Strumenti del rischio clinico: attività di monitoraggio e analisi reattiva delle segnalazioni (divise negli ambiti principali di incident reporting, cadute e aggressioni) e strumenti proattivi, con rotazione biennale tra *Safety Walk Round* (SWR) e HFMEA (*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*);
- Sinistri: attività di analisi ed azioni di miglioramento individuate durante la partecipazione alle sedute del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri.
- Procedure: attività di omogeneizzazione dei documenti aziendali, con particolare riferimento a tematiche oggetto di analisi ed azioni di miglioramento negli anni precedenti.
- Raccomandazioni ministeriali: aggiornamento triennale di tutte le procedure associate alle 19 raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella, oggetto di monitoraggio annuale da parte di AGENAS.
- Formazione degli operatori: formazione costante dei neoassunti, su tematiche base del Rischio Clinico e su particolari criticità individuate negli anni precedenti.
- Coinvolgimento del paziente: attività per la diffusione della cultura della sicurezza presso pazienti e *caregiver*.

A partire dal 2023 il Piano include la sottosezione relativa alla Gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e dal 2024 anche le azioni pianificare a livello aziendale per il contrasto all'Antimicrobicoresistenza.

I pilastri sempre presenti nel piano di gestione delle ICA sono:

- Formazione.
- Procedure (omogeneizzazione delle procedure aziendali).
- Sorveglianze (incluse indagini di prevalenza, da eseguire a rotazione tra quelle previste dalla DGR n.1402/2019).

Monitoraggio e rendicontazione del piano

La rendicontazione degli indicatori associati al piano avviene, con relazione al Direttore Sanitario, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento del Piano, mentre entro il 30 marzo successivo (scadenza sia della Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi ai sensi dell'art.2 Legge 8 marzo 2017 n. 24 che della Relazione annuale descrittiva ai sensi della DGR 2255/2016) la rendicontazione del Piano e i dati consuntivi delle attività di monitoraggio vengono presentati al Collegio di Direzione.

Piano di gestione del Rischio Clinico - anno 2024

Area Tematica	Obiettivi e modalità	Indicatori
Strumenti del rischio clinico Incident reporting Sistema segnalazione cadute Sistema segnalazioni Aggressioni Metodiche proattive: HFMEA o Safety Walk Around (giri per la sicurezza)	• Presa in carico e analisi di tutte le segnalazioni di incident reporting • Mantenere monitorato il fenomeno cadute attraverso l'approfondimento documentale e/o Audit (SEA), invio relativo verbale con azioni di miglioramento • Mantenere monitorato il fenomeno aggressioni, Convocazione GDL permanente • Formazione continua • HFMEA sul sistema trasporti secondari	• Numero analisi effettuate • Analisi documentale di tutte le cadute con danno; • Incontri in reparto su cadute plurime. • Numero incontri con GDL • Numero corsi aggressioni effettuati • Report HFMEA
Sinistri Richieste risarcitorie che richiedono approfondimento Metodologie di coinvolgimento degli operatori	• Realizzare audit su sinistro quando risultano criticità organizzative • Incontri con le UO con discussione di casi reali	• Numero audit realizzati • Due incontri
Procedure Omogeneizzazione di protocolli e procedure Aziendali	Definizione di: • Consenso informato • PEIMAF Ospedali Bassano e Santorso • Revisione Incidente occupazionale • Revisione Procedura contenzione • ALERTS diagnostici e <i>read-back</i>	• Numero documenti definiti e diffusi aziendali
Raccomandazioni ministeriali Aggiornamento puntuale procedure Aziendali relative	Aggiornamento triennale delle procedure relative alle Raccomandazioni: • RACC 2 – Conta garze • RACC 9 – Apparecchiature • RACC 7 e 18 - Farmaci • RACC 13 - Cadute	• Numero documenti definiti e diffusi aziendali
Formazione continua degli operatori	• Formazione dei Neoassunto • Formazione sulle Non Technical Skills • Formazione sulle pompe infusive • Focus su tematiche rilevate da report anno precedente (identificazione del paziente)	• Numero corsi pianificati e svolti • Questionario su identificazione
Coinvolgimento pazienti	• Organizzazione Giornata Mondiale 17 settembre (da indicazioni regionali) • Guide per la sicurezza	• Numero iniziative realizzate • Guide pubblicate

Piano gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza e contrasto all'Antimicrobicoresistenza - anno 2024

Area Tematica	Obiettivi e modalità	Indicatori
Formazione sulle Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	- Formazione neoassunti - Formazione ICA per tutti gli operatori sanitari (PNRR)	Numero corsi pianificati e svolti
Procedure relative alla gestione delle ICA	Procedure da aggiornare come aziendali: - Procedura disinfectanti e antisettici - Procedura decontaminazione e disinfezione dispositivi - Procedura medicazioni	Numero documenti definiti e diffusi aziendalimente
Monitoraggio applicazione procedure	- Monitoraggio antibiotico profilassi chirurgica* - Monitoraggio applicazione LG terapia empirica*	- Analisi 10 cartelle cliniche - Due audit clinici
Sorveglianze	- Sorveglianza ICA nelle Terapie Intensive* - Indagine di prevalenza delle ICA e uso antibiotici nelle RSA*	- Report sorveglianza - Report indagine di prevalenza
Coinvolgimento operatori sanitari	- Incontro, con la collaborazione della UOC Farmacia e UOC Laboratorio Analisi per la condivisione dei dati relativi al consumo di antimicrobici, alle resistenze batteriche e al grado di aderenza alle Raccomandazioni aziendali* - Incontro formativo, con il coinvolgimento dei Veterinari operanti nel settore privato, sui temi contrasto dell'antimicrobico-resistenza e uso appropriato degli antimicrobici e sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni in ambito veterinario*	- Due incontri effettuati - Incontro effettuato
Sinistri	Preparazione documentazione sentenza Cassazione n.63/86	Documenti predisposti e catalogati per anno
Reportistica	Report annuale piano Gestione ICA e contrasto all'Antimicrobicoresistenza (include indicatori PNCAR e ambito veterinario)*	Report prodotto

***Obiettivi vincolati al Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**



Pierfrancesco
 Tricarico
 01.08.2024
 09:51:29
 GMT+01:00