



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2016/00215

DEL 30/03/2016

☒ Collegio Sindacale il 30/03/2016

OGGETTO

Approvazione del Piano di Risk Management Anno 2016

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
PIANO DI RISK MANAGEMENT ANNO 2016.doc	14		

Uffici a cui notificare

Budget e Controllo di Gestione

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 30/03/2016

La presente diviene
eseguibile ai sensi
dell'art.44 della L.R.
n.39/2001 e ss.mm.ii

☒ Immediatamente

☐ Dopo 5 gg dalla
pubblicazione all'Albo

☐ Ad avvenuta
approvazione
regionale

VISTA la DGR n. 662 del 19.5.2015 con cui la Regione Basilicata, nel fissare gli obiettivi di Salute e di Programmazione Economico/Finanziaria delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Regionali, ha previsto anche l'approvazione annuale da parte di ciascuna Azienda del Piano di previsione delle attività di Risk Management;

RICHIAMATA la DGR n. 137 del 10.2.2015, avente per oggetto "Istituzione del sistema regionale di gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23.2.2011", con cui si dà mandato alle Aziende Sanitarie Regionali della attuazione dei contenuti programmatici di cui al documento allegato alla citata DGR n. 137 del 10.2.2015;

VISTA la DDG n. 186 del 14/03/2016 con la quale vengono recepite le disposizioni regionali di cui alla citata DGR n. 137/2015 e si dispone la nomina del Gruppo Aziendale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico (G.A.C.), della Funzione Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente e della Rete dei Referenti Aziendali;

VISTA la bozza di Piano di Risk Management per l'anno 2016, predisposta dalla Direzione Sanitaria in considerazione dei tempi ristretti per la sua approvazione entro la scadenza fissata dalla Regione Basilicata;

PRESO ATTO che detta Bozza è stata trasmessa per presa visione a tutti i componenti degli Organismi costituiti con la citata DDG n. 186/2016 e che sono stati recepiti i contributi trasmessi per le vie brevi da alcuni di detti componenti;

RITENUTO di dover approvare il Piano di Risk Management per l'anno 2016, così come predisposto dalla Direzione Sanitaria ed integrato alla luce dei contributi pervenuti, nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

ACQUISITO IL PARERE FAVOREVOLE del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

- **Di approvare** il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2016, nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- **Di notificare** il presente provvedimento alla U.O. Controllo di Gestione.

La presente delibera non comporta oneri.

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Beatrice Nolè

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Massimo De Fino

Giovanni Battista Bochicchio

Cristiana Mecca

Il Direttore Sanitario
Massimo De Fino

Il Direttore Generale
Giovanni Battista Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Cristiana Mecca

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



Piano di RISK MANAGEMENT

Anno 2016



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PIANO DI RISK MANAGEMENT ANNO 2016

1. Il Piano di Risk Management: i risultati raggiunti nell'anno 2015.

La definizione del Piano di Risk Management per l'anno 2016 non può prescindere nei suoi contenuti dall'analisi dei risultati raggiunti con l'attuazione del Piano precedente.

Il Piano 2015 è stato approvato con deliberazione aziendale n. 181 del 25/03/2015 avente ad oggetto "Approvazione Piano di Risk Management - Anno 2015".

Lo sviluppo attuativo del Piano 2015 e delle progettualità previste è stato rendicontato nella Relazione conclusiva, trasmessa alla Regione entro i termini previsti (28/02/2016) con nota prot. n. 19162 in data 10.02.2016.

Rimandando, pertanto, alla suddetta Relazione per una lettura più approfondita delle azioni realizzate nell'anno precedente, si rappresenta, in questa sede, che gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno 2015 sono state le seguenti.

A. Piano di audit- anno 2015.

L'analisi dei processi aziendali e dei sistemi di controllo, e lo sviluppo di procedure e modalità organizzative finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza prescrittiva in una prospettiva di gestione dei rischi per il paziente e per l'azienda, sono stati alla base dell'attività condotta dall'Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive.

Nel mese di settembre sono stati condotti gli audit previsti nel Piano Risk Management 2015 con i Dirigenti Responsabili dei controlli sulle manutenzioni delle apparecchiature sanitarie (UU.OO. Attività Tecniche dell'ASP).

Le risultanze degli audit sono state rappresentate in una Relazione (trasmessa alla Direzione Strategica con nota prot. N. 158553 del 21.12.2015).

L'attività manutentiva, concepita negli anni passati esclusivamente in funzione del ripristino di apparecchiature biomediche non funzionanti, è andata sempre più definendosi come una vera e propria funzione manageriale volta a:

- ridurre i rischi connessi all'uso di dispositivi medici;
- diminuire i tempi di inutilizzo;
- prevenire i guasti;
- garantire la qualità delle prestazioni erogate;
- ottimizzare la durata fisiologica del prodotto;
- contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente, giacché l'elemento tecnologico gioca un ruolo fondamentale nell'iter diagnostico-terapeutico.

Dagli audit condotti è emerso, inoltre, un ulteriore obiettivo, importante e non sufficientemente perseguito, ovvero l'obiettivo di formare ed educare gli addetti all'erogazione delle prestazioni agli aspetti di correttezza e sicurezza nell'utilizzo di macchinari, e di responsabilizzarli nei confronti della gestione delle anomalie e dei guasti degli impianti.

Tra il manifestarsi delle anomalie e l'intervento di manutenzione per la riparazione solitamente trascorre un lasso di tempo dovuto al fatto che i manutentori devono venire a conoscenza delle tipologie di guasto ed attrezzarsi di conseguenza.

L'inoltro della richiesta di manutenzione viene effettuato dall'operatore che ha constatato il guasto direttamente alla ditta manutentrice e ciò abbrevia i tempi.

Si aggiungono poi:

- un tempo di rilevazione delle anomalie da parte del tecnico incaricato (diagnostica);
- un tempo di approvvigionamento dei ricambi e del necessario materiale di consumo;
- un tempo di effettiva riparazione;
- un tempo di controllo della funzionalità e di testing della macchina.

Il tempo di indisponibilità della macchina, che è dato ovviamente dalla somma dei tempi sopra descritti, varia per effetto di fattori diversi, quali i rallentamenti burocratici o la mancanza di ricambi in magazzino e la tempestività o la lentezza della “Casa madre” nel fornire i ricambi necessari, ricambi che vengono richiesti dalla stessa Ditta addetta alla manutenzione, previa autorizzazione del Direttore della U. O. C. “Attività Tecniche”.

Per minimizzare l’indisponibilità della macchina e/o apparecchiatura biomedica occorrerebbe agire su di un sistematico controllo dei tempi sopra esposti e delle procedure sottese.

Per il controllo dei tempi è stata predisposta una scheda “Rilevazione del tempo di indisponibilità della macchina” che, se applicata, consente di rilevare in quale fase del processo di manutenzione si verificano con più frequenza rallentamenti e ritardi.

Una seconda scheda è stata predisposta per tracciare le varie azioni connesse alla manutenzione e i soggetti preposti a ciascuna di esse (“Manutenzione: azioni poste in atto e da chi”).

Riguardo alla manutenzione correttiva (su guasto), come da capitolato CONSIP, nel servizio sono comprese la riparazione e la sostituzione degli accessori, anche quelli non inventariabili, secondo quanto specificato nella direttiva 93/42/CEE, mentre è esclusa dal servizio la fornitura dei materiali di consumo e dei materiali soggetti ad usura.

Il Direttore della U.O.C. “Attività Tecniche” controlla che gli interventi di manutenzione programmata e di manutenzione correttiva sui guasti vengano effettivamente espletati, acquisendo periodicamente i già citati rapporti di lavoro che, come già detto, recano anche la firma del primario o del caposala della U.O. che ha richiesto l’intervento.

Al Direttore della U.O.C. “Attività Tecniche” di Potenza e Lagonegro vengono trasmessi dalla ditta aggiudicatrice anche i reports trimestrali che attestano l’effettiva realizzazione degli interventi previsti nel Documento di Programmazione annuale della manutenzione ordinaria, dei controlli funzionali e delle verifiche di sicurezza.

In sede di Audit, è stata richiesta al Direttore dell’U.O.C. “Attività Tecniche” la seguente documentazione:

- *Piano delle manutenzioni programmate* (verifiche di sicurezza elettrica, controlli funzionali e manutenzione preventiva) sulle apparecchiature biomedicali redatto dalla ditta aggiudicataria per l'anno 2014 /2015;
- *Rapporti di lavoro redatti per eseguire interventi di manutenzione programmate;*
- *Esempi di procedimenti amministrativi messi in atto per interventi di manutenzione straordinaria*, dall'ordine all'autorizzazione a procedere nell'intervento di riparazione fino alla autorizzazione, alla liquidazione della fattura, a seguito dell'attestazione da parte della U.O.C. "Attività Tecniche" della regolare esecuzione dell'intervento di riparazione; della regolarità dei documenti esibiti ai fini contabili e della corrispondenza del prezzo convenuto.

La suddetta documentazione è stata esaminata dalla U.O. Internal Audit e Attività ispettive che ne ha rilevato la completezza e la regolarità.

Sono stati, altresì, acquisiti in sede di audit la scheda di Analisi del Processo su "Manutenzione delle apparecchiature sanitarie" ed il relativo "Piano di miglioramento".

Nel suddetto Piano di Miglioramento, il Direttore della U.O.C "Attività Tecniche" riscontra come criticità una carenza di formazione sul corretto utilizzo delle apparecchiature biomedicali da parte del personale tecnico-sanitario, che porta ad un incremento della richiesta di interventi manutentivi. Tale formazione sarebbe utile non solo a ridurre il cattivo uso delle macchine e la loro conseguente rottura, quanto anche a far conoscere i profili di responsabilità rispetto alla custodia e al funzionamento del bene.

Infine, in relazione a quanto previsto dal Piano Risk Management 2015 al punto A, anche la prevista analisi e valutazione della produttività del personale della Radiologia è stata condotta ed è stata poi illustrata nella "**Relazione sulla valutazione della produttività del personale della radiologia dell'ASP**", trasmessa al Dirigente Responsabile in data 30/04/2015 con nota prot. n.63127.

B. Gestione dei farmaci e controllo dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri e nell'ambito della farmaceutica territoriale.

Tale procedura è stata attivata presso il P.O. di Villa d'Agri già dal 2014, nelle UU.OO. di Medicina/Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Rianimazione, Dialisi, SPDC e UTIC, e nel P.O. di Lagonegro. I suddetti Presidi hanno continuato ad applicare la procedura in parola anche nell'anno 2015.

Presso il P.O. di Villa D'Agri sono state, inoltre, date istruzioni operative ai reparti per la gestione informatizzata dei farmaci in scadenza.

Come previsto nel Piano 2015, la procedura per il controllo dei farmaci LASA è stata estesa anche al P.O. di Melfi nel corso dell'anno 2015, facendo leva sugli incontri di audit sia con il personale medico che con il comparto.

Si è proceduto alla individuazione dei fattori responsabili dell'errore a seconda del punto della catena in cui l'errore si verifica (ad esempio, fase di prescrizione, di preparazione, consegna e somministrazione).

Sono stati definiti, inoltre, i provvedimenti utili a prevenire il rischio di errore da farmaci LASA.

Il P.O. di Melfi ha dato anche particolare importanza agli assetti organizzativi finalizzati a garantire una sicura e tempestiva gestione delle urgenze chirurgiche.

Altro aspetto considerato è stato quello *della gestione del rischio connesso alle procedure trasfusionali.*

A tale riguardo si è ritenuto opportuno elaborare e **adottare un “Manuale del buon uso del sangue”** per garantire l'appropriatezza nell'utilizzo della risorsa sangue e la prevenzione del rischio di incidente trasfusionale. Sono stati poi definiti i flussi operativi ed è stato elaborato un diagramma di flusso delle procedure.

*E' stata definita anche una **chek pre-trasfusionale** ed una **modulistica di notifica di evento avverso** (reazione, incidente, errore, malfunzionamento, ecc) associato alla trasfusione.*

*Relativamente alla Medicina di Laboratorio, è stato adottato un **Protocollo per la gestione del rischio associato ad errori preanalitici, analitici e post analitici.***

Azioni di prevenzione del rischio attuate dalla U.O. Farmaceutica Territoriale

- Sensibilizzazione della classe medica alla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci
- Controlli sulle prescrizioni mediche anche ai fini delle interazioni farmacologiche
- Attivazione di tutte le misure possibili e le accortezze per cercare di ridurre a zero il rischio di errore nelle attività tecnico professionali di approvvigionamento, logistica e distribuzione dei farmaci
- Catalogazione delle cartelle dei pazienti con specifico piano terapeutico in ordine alfabetico e per farmaco

- Per evitare lo scambio di farmaci tra loro simili, per aspetto delle confezioni e per fonetica del nome, sono stati disposti i farmaci nel magazzino per ordine alfabetico, avendo cura di separare le confezioni che possono ingenerare confusione.

C. Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali- applicazione della Procedura Lavaggio Mani.

Detta procedura ha trovato applicazione in tutti i Presidi Ospedalieri.

D. Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie.

La procedura relativa, già applicata nei PP.OO. di Lagonegro e Villa d'Agri, è stata estesa nel 2015 anche al P.O. di Melfi.

La Direzione Sanitaria del P.O. di Villa d'Agri ha invitato le UU.OO. ad inviare una pronta segnalazione in caso di cadute e ed ogni altro evento avverso.

Per effetto di tale indicazione, la U.O. di Medicina Generale ha segnalato l'avvenuta caduta di un paziente, in data 11.12.2015, a cui ha fatto seguito un'indagine interna.

Il DSM ha elaborato un Progetto “Prevenzione delle cadute nell’SPDC di Potenza” e, ai fini della sua implementazione, ha promosso incontri tra il gruppo operativo SPDC San Carlo ed il Gruppo Aziendale Risk Management, prevedendo tra l'altro visite congiunte di verifica delle condizioni logistiche dell'SPDC.

Presso l'SPDC di Villa d'Agri sono state applicate procedure e linee guida che hanno migliorato l'appropriatezza dei percorsi di cura, con ripercussioni positive sui tempi di degenza e sulla sicurezza dei pazienti. Di seguito le procedure e linee guida attivate:

- Linee guida del trattamento del paziente ansioso
- Linee guida del trattamento del paziente agitato
- La contenzione fisica in ospedale
- Procedure per la prevenzione e denuncia delle cadute dei pazienti
- Procedura per la gestione dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri
- Programma di controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali: l'applicazione dei Bundles (pacchetti comportamentali).

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano 2015, le azioni per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti sono state avviate anche nei distretti.

Con riferimento alle RSA, viene effettuata la valutazione dei pazienti al loro ingresso nelle strutture sanitarie, rispetto a variabili quali la condizione neurologica, le capacità di deambulazione, la possibilità di mobilitazione con e senza ausili. Le Unità di Valutazione distrettuali che prendono in carico il paziente svolgono tale attività al fine di ridurre i rischi specifici.

E. Indagine conoscitiva sull'applicazione delle procedure esplicitate alle lettere B), C) e D).

Su sollecitazione delle Direzioni Sanitarie di Presidio, viene periodicamente monitorata l'effettiva applicazione delle suddette procedure in ambito ospedaliero.

F. Progetto “Rilevazione e analisi della percezione del rischio da parte degli utenti”

Durante l'analisi di Customer Satisfaction che ha riguardato i centri Dialisi presso i Presidi Ospedalieri di Maratea (9 interviste), Chiaromonte (23 interviste), Venosa (12 interviste), Muro Lucano (11 interviste), Lauria (20 interviste), Villa d'Agri (39 interviste) per un totale di 114 interviste sono state rivolte le seguenti domande:

- 1. Nel percorso di accesso al Servizio Dialisi ha potuto notare la presenza di elementi strutturali potenzialmente rischiosi per l'incolumità dei pazienti e/o limitanti l'accesso al servizio?**
- 2. Se sì, indicare gli elementi (barriere architettoniche, porte, finestre, scale, impianti, arredi, etc).**

Su un totale di 114 interviste, per quanto riguarda gli aspetti sopra evidenziati, sono stati rilevati elementi di inadeguatezza solo presso il PO di Venosa (3 segnalazioni inerenti le porte inadatte per il transito e passaggio di carrozzelle e/o sedie a rotelle.)

Per quanto riguarda invece le segnalazioni e/o reclami, risulta giunto all'URP di Potenza un solo reclamo inerente lo sportello di accoglienza situato all'ingresso presso il Polo Sanitario di Potenza di Via del Gallitello che, in alcune ore del giorno, risulta affollato e che, “oltre ad essere ubicato nelle correnti d'aria – secondo il reclamante – eviterebbe la via di fuga in caso di incendi e/o altri eventi”.

G. Programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure utilizzate per le Cure Palliative e Domiciliari.

L'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari, in ottemperanza alle direttive della DDG N.64 24/01/2012 che ha lo scopo di:

- Individuare possibili situazioni di criticità delle procedure che possono compromettere l'appropriatezza delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti;
- Migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate

ha predisposto un Programma di Controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure eseguite.

La formazione in materia di Risk Management nel 2015

Nel 2015 l'Azienda ha promosso una formazione specifica sulla sicurezza in Risonanza Magnetica. Il corso è stato rivolto al personale medico e sanitario esposto a campi magnetici e a campi EM, con due edizioni (3 e 4 giugno 2015).

2.Obiettivi strategici per l'anno 2016.

L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).

Con riferimento agli atti di indirizzo e di programmazione regionale ed, in particolare, alla DGR n. 137/2015 e alla DGR 662/2015, in continuità con i precedenti Piani Aziendali di Risk Management, ed in coerenza con la Mission aziendale e con le linee programmatiche contenute nel PAL, sono stati identificati per l'anno 2016 i seguenti obiettivi strategici:

- 1. migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa;**
- 2. diffondere la cultura della sicurezza del paziente, degli operatori e delle apparecchiature sanitarie;**
- 3. favorire la comunicazione tra i professionisti anche attraverso l'ulteriore sviluppo del ricorso all'audit clinico;**

- 4. ridurre il rischio che possano verificarsi eventi avversi;**
- 5. mirare al contenimento dei sinistri;**
- 6. prevenire le infezioni ospedaliere;**
- 7. prevenire le ulcere da pressione nei pazienti allettati;**
- 8. prevenire la malnutrizione in ospedale;**
- 9. prevenire il depauperamento del patrimonio venoso in ospedale;**
- 10. promuovere l'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico;**
- 11. promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della sicurezza e della gestione del rischio clinico.**

L'attivazione del GAC, della Funzione Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e della Rete dei referenti, deliberata con DDG n. 186 del 14/03/2016, consentirà di coordinare e monitorare le azioni necessarie per il conseguimento dei suddetti obiettivi.

3. Linee d'intervento e azioni per l'anno 2016.

- Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- Adesione e piena applicazione di linee guida, procedure e protocolli prodotti a livello aziendale e regionale;
- Uso sistematico di attività di audit clinico per l'individuazione da parte dei professionisti degli eventuali rischi e per la condivisione delle buone pratiche atte a rimuovere i rischi;

- Monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo il protocollo Ministeriale ed alimentazione dei flussi SIMES nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste;
- Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri ed alimentazione dei flussi SIMES sui sinistri, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste;
- Approvazione del Regolamento Aziendale di Radioprotezione sull'applicazione della normativa per la tutela dei pazienti, dei lavoratori, della popolazione e dell'ambiente dai rischi dovuti all'impiego delle radiazioni ionizzanti;
- Implementazione di una check list per la sicurezza del paziente chirurgico;
- Monitoraggio della piena applicazione nei PP.OO. della Procedura Lavaggio Mani, ai fini della prevenzione delle infezioni ospedaliere, e puntuale rilevazione degli eventuali casi di infezione ospedaliera che dovessero verificarsi all'interno dei PP.OO.;
- Analisi dei reclami;
- Analisi del contenzioso;
- Analisi del fenomeno infortunistico;
- Attivazione di percorsi formativi volti a diffondere la cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti di gestione del rischio. A tal riguardo sarà realizzato entro l'anno 2016 un percorso formativo rivolto, in particolare, al personale designato per il GAC, per la Funzione Aziendale Gestione del Rischio Clinico e per la Rete dei Referenti;
- Organizzazione di una campagna di informazione e comunicazione per la sicurezza del paziente che veda il coinvolgimento diretto degli utenti e delle Associazioni di Categoria a difesa del cittadino;
- Definizione della mappa dei rischi attraverso la propedeutica costituzione di un osservatorio medico-legale capace di fare sintesi dei dati diffusi in azienda.

Azioni per la prevenzione ospedaliera delle ulcere da pressione.

Premessa

Le ulcere da pressione, altrimenti note come piaghe da pressione, piaghe da letto e ulcere da decubito, sono aree di lesione localizzate alla cute ed al tessuto sottocutaneo. Lo sviluppo di ulcere

da decubito si verifica in ambienti istituzionali e di comunità, e si manifesta più frequentemente in assistiti anziani, debilitati e immobili (es. pazienti ortopedici), pazienti con malattia acuta severa (es. ricoverati in unità di terapia intensiva) e in soggetti con deficit neurologici (es. lesioni spinali) (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1995). Un recente studio riportato da Woodbury & Houghton (2004) ha effettuato una revisione di dati rilevati su oltre 14000 pazienti in 45 istituti sanitari in Canada, e ha stimato la prevalenza di ulcere da pressione come segue: Ospedali per ricoveri Acuti 25.1%; Strutture di ricovero per Non-acuti (strutture per lungodegenza, Nursing Homes) 29.9%; Strutture sanitarie miste (acuti e non acuti) 22.1%; Presidi di comunità 15.1%. Stime varie hanno indicato che fino al 10% dei pazienti ricoverati in ospedale sviluppa un'ulcera da pressione, con un rischio massimo per gli anziani. Al ricovero ospedaliero sono infatti imputabili approssimativamente il 70% di tutte le ulcere da pressione sviluppatesi in pazienti anziani (Lyder, 2002).

Azioni

In riferimento ai dati della letteratura suesposti, suffragati da una casistica aziendale sovrapponibile, è opportuno mettere in atto una serie di iter procedurali:

- Individuazione, all'atto del ricovero (sia in strutture per acuti che in lungodegenza), di pazienti a rischio di lesioni da pressione attraverso l'introduzione in cartella clinica di una specifica Scala di Rischio, a sua volta individuata dal "Protocollo Operativo Aziendale sulla gestione delle lesioni croniche cutanee", in corso di approvazione;
- In base all'individuazione del rischio, elaborazione di un algoritmo preventivo/terapeutico che preveda la messa in campo di precise azioni e la disponibilità di presidi antidecubito, indicate dal "Protocollo Operativo Aziendale sulla gestione delle lesioni croniche cutanee", in corso di approvazione;
- Individuazione preventiva delle U.O. i cui pazienti sono statisticamente più a rischio di ulcere da pressione, per dotarle di mezzi e strumenti adeguati alla prevenzione (Es. materassi antidecubito) e di procedure interne che prevedano la sistematica mobilitazione specifica di pazienti ad alto rischio.

Poiché trattasi di procedure complesse che potrebbero avere un impatto consistente nell'assetto organizzativo delle varie UU.O.O., si preveda un inserimento graduale di dette procedure negli ospedali per acuti e nelle altre strutture di degenza.

Azioni per la prevenzione ospedaliera della malnutrizione.

La malnutrizione costituisce un problema significativo per i pazienti anziani e cronici ed è un indice prognostico sfavorevole in tutte le malattie croniche (comprese quelle tumorali) ed un importante fattore di rischio per pazienti critici (chirurgici - ICU) e per lo sviluppo di ulcere da decubito. Tassi variabili di malnutrizione negli anziani istituzionalizzati coinvolgono dal 23% all' 85% della popolazione, mentre il tasso per i pazienti ricoverati in ospedale si stima che si aggiri intorno al 20-50%. In riferimento ai dati della letteratura suesposti, suffragati da una casistica aziendale sovrapponibile, è opportuno, al momento del ricovero segnalare in cartella:

- il peso;
- il BMI (Indice di massa corporea);
- l'eventuale calo ponderale negli ultimi due mesi;
- eventuali procedure o situazioni contingenti che possano minare significativamente lo stato nutrizionale (intervento chirurgico, stato settico e altro).

Per rendere efficace tale azione è auspicabile individuare nella cartella clinica uno spazio dedicato, nel quale predisporre i parametri suindicati.

Azioni per la prevenzione ospedaliera del depauperamento del patrimonio venoso.

Una persistente percentuale di malati che entrano in un ospedale per acuti e/o in una struttura di lungodegenza, possono essere candidati a terapie endovenose per varie ragioni (terapia antidolorifica, idratazione, nutrizione artificiale, emotrasfusioni, etc.) ma hanno difficoltà ad attuarle perché **privi di un accesso venoso sicuro**: molti di questi pazienti vanno incontro a ripetuti accessi venosi temporanei che generano il totale depauperamento del patrimonio venoso.

Poiché tale criticità sta diventando molto rilevante sia per sottovalutazione del problema “accesso venoso”, sia per difficoltosa risoluzione dello stesso, occorre creare le condizioni per un inquadramento di tale fascia di ammalati ai quali garantire, sempre e comunque, una gestione ottimale del loro patrimonio venoso.

L'incremento esponenziale di tale nuovo bisogno e la crescita disordinata di una domanda di devices molto spesso impiantati fuori tempo o inappropriatamente, rende necessaria la messa a punto di prassi omogenee che garantiscano uniformità di trattamento a tutti i pazienti che entrano in un ospedale per acuti o in una struttura di lungodegenza.

A tal riguardo, si ritiene opportuno individuare, sia nella scheda di triage in pronto soccorso e sia nella cartella clinica, uno spazio dedicato nel quale allocare i parametri relativi all'assetto del patrimonio venoso al momento dell'ingresso (mediocre - scarso – sufficiente – buono) e i parametri

relativi alle prospettive a breve-medio-lungo termine di terapie endovenose (alta frequenza- media frequenza- occasionale).

Conclusioni

Stante la complessità degli obiettivi previsti per l'annualità 2016, sarà necessario garantire il raccordo e l' integrazione del Piano di Risk Management 2016 con gli obiettivi che si andranno ad assegnare ai diversi CDR a conclusione del processo di negoziazione del Budget 2016, e questo al fine di evitare una responsabilità sì diffusa ma generica rispetto alla piena attuazione del presente Piano, individuando specifiche aree di responsabilità ed obiettivi misurabili sulla base di appositi indicatori.

Il Direttore Sanitario
Massimo De Fino