

UOSD Governo Clinico e Risk Management

## RELAZIONE ANNUALE

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017

Anno 2020

La Legge n. 24 del 08 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” all’art. 2, comma 5 prevede che le Aziende Sanitarie pubblichino sul proprio sito online “una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto”. Vengono, pertanto, riportate le notizie richieste relativamente agli eventi (sinistri, eventi avversi, eventi sentinella, eventi senza esito, reclami, segnalazioni di farmacovigilanza e di dispositivovigilanza, segnalazioni di emovigilanza) che rappresentano le fonti di informazioni per effettuare la mappatura del rischio aziendale ed individuare aree di criticità su cui intervenire al fine di predisporre adeguate barriere di contenimento del rischio. La mappatura dei sinistri è suscettibile di modifiche sia per l’indice di latenza che per il caricamento sul sistema non codificato e la sovrapposizione degli aggiornamenti.

Di seguito sono riportati sinteticamente i dati annuali.

<b>ADEMPIMENTI MINISTERIALI REGIONALI</b>	<b>2020</b>
Trasmissione dati monitoraggio rischio clinico; adempimenti legge 28/12/2015 n.208	1
Trasmissione report cadute	1
Comunicazione avvio call for good practice	1
Trasmissione esiti adempimenti LEA	1
Inserimento sinistri NSIS	43
Inserimento eventi sentinella SIMES	6
Totale cadute segnalate	32
Monitoraggio raccomandazioni ministeriali (agenas)	1
Trasmissione dati esiti monitoraggio cartelle cliniche	1
Trasmissione dati per adempimenti legge 24/2017	1
Trasmissione relazione rischio clinico	1

Incident reporting	130
Istruttoria eventi critici	40
Criticità di sistema esaminate	13
Audit organizzativi	10
Audit clinici	14
RCA	6
Altre indagini di RM	38
Verifica cartelle cliniche	300
Verifica cartelle cliniche con CRS	50
Accessi in reparto	2
Ispezioni regionali	2
Ispezioni aziendali	0
Ispezioni ministeriali	0
Ispezioni privato accreditato	2
Censimento BPC e capitolato	1
Buone pratiche pervenute/validate	0
Audit regionale	4

Procedure operative	16
precontenzioso	95
Attività formativa/convegnistica	3
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla Struttura nel periodo di riferimento	2
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	0
Riscontri a verbali del Collegio Sindacale	1
Disposizioni/Circolari Informative	0
Atti di determina di competenza	0
Proposte di delibera e pubblicate	15
Piano di miglioramento	1
Piano di mitigazione	1
ADR	0
ATR	0
MDAE	0

**CRITICITA' RILEVATE**

1. *Carenza personale;*
2. *Bias cognitivi ed emotivi nei processi decisionali*

## MONITORAGGIO

Periodicamente sono esaminati o verificati processi di monitoraggio quali l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e gli indicatori di sistema regionali.

<b>Indicatori regionali</b>
Trasmissione dati monitoraggio rischio clinico;
Trasmissione dati monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria; riferimento della nota regionale n. 266282 del 17 07 2019
Trasmissione dati per adempimenti legge 24/2017
Trasmissione dati monitoraggio rischio clinico; adempimenti legge 28 12 2015, n. 208
Trasmissione esiti adempimenti LEA
Adempimenti legge 24/2017; direttiva 25591/19 Dipartimento della Salute
Call for good practice
Aggiornamento capitolato direttive sanitarie
adempimenti monitoraggio AGENAS
Trasmissione report cadute
Verifiche raccomandazioni ministeriali

Per quanto riguarda **l'esame delle cartelle cliniche**, nella prospettiva medico-legale e del rischio clinico, l'andamento riguardo alla applicazione della documentazione rimane costante ma è utile prevedere corsi di formazione ed aggiornamento specifici.

La media di Reparto è pari a 72,118; il trend annuale è invece pari a 73,51425.

## MAPPATURA DEI SINISTRI

Dai vari report e dai dati SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità) è possibile ricavare una mappatura ed una stratificazione generica del rischio, utile per il contenzioso medico-legale qui rappresentate in forma sinottica.

Stima del risarcimento	2016	2017	2018	2019	2020
Numero di sinistri	58	68	56	38	43
Numero di ricoveri	11.515	12.067	11.524	11.664	9476 (2873)
Degenza media	6,47	6,35	7,00	7.36	7.46
Somme erogate	313.823	1.429.976	1.829.062	2.807.533	1.589.505

## **PIANI DI MIGLIORAMENTO**

Il Piano di gestione riguarda l'emergenza Covid con le soluzioni riportate nel resoconto n. 20338 del 18 05 2020.

Il piano di miglioramento ha previsto obiettivi strategici aziendali che possono essere implementati con le seguenti priorità:

1. Censimento delle risorse e delle procedure;
2. Vigilanza sugli aspetti emotivi dei processi decisionali per evitare errori cognitivi;
3. Evitamento di dispersione degli interessi e delle responsabilità;
4. Centralizzazione della comunicazione

### **1. Censimento delle risorse e delle procedure**

La gestione di una crisi sanitaria, qualunque sia la tipologia, impone preliminarmente di censire le risorse disponibili sia in termini strutturali che di unità di personale in tutti i settori.

La capacità ospedaliera e i percorsi di biosicurezza ed isolamento devono essere gestiti dalla Direzione Sanitaria di PO e dai Servizi di supporto.

Il personale sanitario deve essere individuato per operatività e competenza prevedendo turnazioni funzionali, riserve strategiche e supporto psicologico. Sarebbe utile attivare anche criteri di credenziali e privilegi.

Va pianificato l'approvvigionamento dei DPI ed incoraggiarne l'uso da parte degli operatori sanitari identificando classi di rischio<sup>1</sup>.

Allo stesso modo va evitato di ignorare o trascurare procedure e processi di gestione elaborati in precedenza che semmai vanno revisionati ed aggiornati in base al contesto, ai fenomeni sociali e alle evidenze cliniche e scientifiche.

In questo caso occorre valorizzare il documento di riferimento WHO per la valutazione del rischio e la preparazione alla SARS (WHO SARS Risk Assessment and Preparedness Framework October 2004) i cui contenuti hanno un alto valore programmatico.

A livello aziendale va tenuto conto, come documento di riferimento e di programmazione, il Piano Pandemico Aziendale e la procedura di gestione clinica di ARDS correlata a sepsi e shock settico già approvate con Delibera n. 49 del 27 febbraio 2015 a cui si rimanda per gli approfondimenti.

---

<sup>1</sup> Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) out break. Interim guidance 29 January 2020

Un ulteriore contributo può derivare dall'attivazione di Gruppi Operativi come quello definito con nota 147 del 28 04 2009 (allegato) ed è importante che il Dipartimento di Prevenzione sia promotore di iniziative di questo tipo come peraltro predisposto con circolare dipartimentale n. 897 del 10 12 2008.

## **2. Vigilanza sugli aspetti emotivi dei processi decisionali per evitare errori cognitivi**

Va considerato che gli effetti della pandemia, oltre a quelli clinici e sociali, comportano meccanismi cognitivi alterati e subdoli in quanto elevano i livelli emotivi e anche bias cognitivi la cui pervasività patogena potrà essere oggettivamente esaminata a posteriori. Ciò nondimeno occorre prevedere e prevenire condotte che possono incidere sui livelli organizzativi e clinici in modo rilevante.

Sul piano organizzativo i bias sono alimentati essenzialmente dalla paura o da timori e minacce rispetto alla incolumità propria e dei cari, rispetto alle aspettative e ai progetti o genericamente rispetto a proprie frustrazioni. In questo contesto emotivo può giocare un ruolo biodinamico di rilievo la mancanza di riferimenti e di supporto o anche l'impotenza operativa rispetto all'inerzia del sistema. Ciò che è stato ricorrenemente osservato nella nostra analisi è un fenomeno che potremmo definire effetto Patroclo. Come il mito, alcuni operatori che invero non possiedono né ruolo né competenze, assumono iniziative in settori non propri che sembrano assorbenti o assertive ma che in realtà risultano del tutto inefficaci, improprie se non nocive. In questo modo l'affaccendamento e l'autoreferenzialità intrinseca indotta dal "pregiudizio cognitivo" finisce per determinare una paralisi operativa e cognitiva su quell'area di interesse.

Gli effetti dei pregiudizi sulla relazione medico-paziente in contesti così alterati non può che alimentare bias interpretativi che tuttavia i medici devono riconoscere, gestire e renderli vantaggiosi. In tal senso è necessario procedere a formazione specifica.

## **3. Evitamento di dispersione degli interessi e delle responsabilità**

Con riferimento al confluente di vari fattori contribuenti nei difficili processi di gestione di una pandemia, è necessario che vengano definite e attribuite in modo specifico le funzioni e le responsabilità altrimenti oltre ad una dispersione degli interessi di cura, si possono favorire aree di disorganizzazione e di desincronizzazione tra vari settori oltre che un depotenziamento della leadership. La pandemia deve essere una occasione per verificare la solidità di gestione che impone che tutto ciò che è *ORDINARIO NON PUÒ TRASFORMARSI IN STRAORDINARIO*

#### **4. Centralizzazione della comunicazione**

Al contrario delle azioni operative, la comunicazione istituzionale soprattutto nel contesto del crisis management deve essere centralizzata e gestita dalla direzione strategica aderendo ai vari protocolli e procedure di gestione in tale settore.

Dott. Massimo Rizzo

F.to \_ Firma autografa sostituita a stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. LGS 39/93.