

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001315	28/06/2023

OGGETTO: Adozione Piano Aziendale 2023 Rischio Sanitario

### PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20230001625 DEL 28/06/2023

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 4 (quattro) PAGINE


DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 6 (sei) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE


Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

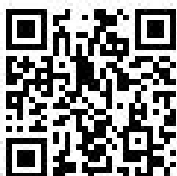
Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 28/06/2023 13:34 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 28/06/2023 15:29 Luigi ROSSI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 28/06/2023 17:27 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 28/06/2023 17:18 Antonio SANGUEDOLCE

### ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **28/06/2023**

Unità Operativa Affari Generali  
L'Addetto alla Pubblicazione  
 Firmato Digitalmente il 28/06/2023 17:27  
Raffaele IORIO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

<b>OGGETTO:</b>	<b>Adozione “Piano Aziendale 2023 del Rischio Sanitario”, ai sensi della Legge della Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014.</b>
-----------------	---

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la deliberazione n. 239/DG del 16/02/2022, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria effettuata – sulla proposta della Direzione Strategica - dal Dr. Vincenzo Defilippis, direttore della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue:

#### **PREMESSO :**

- che in data 17.10.2014 è stata varata la L.R. n. 43 relativa alle “Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1 quater e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.”;
- che con Deliberazioni del Direttore Generale n. 2223 del 21.11.2014 e n. 2238 del 24.11.2014 è stata recepita la L.R. n. 43 del 17.10.2014 e, conseguentemente, veniva istituito il Collegio di Direzione della ASL BARI, la cui composizione è stata aggiornata – da ultimo, con la Deliberazione del Direttore Generale n. 2429 del 29.12.2021;

#### **PRESA ATTO:**

- che, in base a quanto stabilito dalla L.R. n. 43 del 17.10.2014, il Collegio di Direzione delle Aziende ed Enti del SSR, fra le sue competenze, concorre al governo delle attività cliniche dell'azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore Generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche ed esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

#### **PRECISATO:**

- che le Aziende Sanitarie sono tenute ai sensi del D.M. Ministero della Salute n. 79 del 2 aprile 2015, dell'art.1, comma 538 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, del Patto della Salute 2014-2016 e della Legge n.24/2017 ad assicurare le funzioni e le azioni di gestione del Rischio Clinico;
- che il Piano Aziendale Rischio Clinico dell'anno 2023, dopo la predisposizione – su indicazioni concordate col Direttore Generale - ad opera della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, è stato approvato all'unanimità dal Collegio di Direzione nella seduta del 21 giugno 2023 e trasmesso alla Direzione Generale per l'adozione;

**EVIDENZIATO:**

- che conseguentemente risulta necessario procedere ad approvare formalmente - alla luce del parere favorevole espresso dal Collegio di Direzione ai sensi della Legge Regionale della Puglia n. 43/2014 - il Piano del Rischio Sanitario;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono integralmente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

**DELIBERA**

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di approvare il “Piano Aziendale 2023 del Rischio Sanitario”, armonizzato con le funzioni istituzionali, ai sensi della Legge della Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014, con gli obblighi di legge, gli obiettivi e gli strumenti, così come integralmente allegato al presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento ai Direttori dei Dipartimenti, alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari ed alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti da determinarsi con successivi atti posti in essere a cura delle Direzioni di Area interessate, che provvederanno per quanto di competenza;
- di dare atto che si provvederà alla pubblicazione del presente provvedimento nella Sezione Amministrazione Trasparente/Provvedimenti, ai sensi dell’art. 23, D. Lgs 33/2013;
- di attestare di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90 e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest’ultimo come recepito, a livello aziendale, dal vigente PTPCT – tale da pregiudicare l’esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all’art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.



ASL Bari

PugliaSalute

A large, light grey watermark of a caduceus (a staff with two snakes and wings) is centered on the page, extending from the top logo area down to the bottom.

**PIANO AZIENDALE 2023  
del RISCHIO SANITARIO**

## RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

### Principali riferimenti normativi nazionali

- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;
- Intesa del 20 marzo 2008 -ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e successive disposizioni integrative e correttive apportate dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, e dall'art. 39 della legge 7 luglio 2009, n. 88;
- Decreto 11 dicembre 2009: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità";
- Conferenza Stato-Regioni del 20/12/2012: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012", recepita dalla Regione Emilia con DGR 884 del 2 luglio del 2013, che prevede tra i requisiti (6° criterio: Appropriattezza Clinica e Sicurezza) l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;
- Ministero della salute – Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
  - Ministero della Salute - Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";
- L. 28/12/2015, n. 208 (c.d. 'Legge di stabilità 2016') che all'art. 538 qualifica la gestione del rischio sanitario interesse primario del SSN e all'art. 539 prevede che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), elencandone i compiti in: audit o altri metodi per lo studio delle criticità più frequenti, segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari; rilevazione del rischio di inappropriattezza nei PDTA e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; sensibilizzazione e formazione continua del personale; assistenza tecnica agli uffici legali della struttura sanitaria per la gestione del contenzioso;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. "Legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

### PREMESSA

Nell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 20 marzo 2008, concernente la "gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure", si afferma che le Regioni e le Province Autonome, nel perseguimento della migliore tutela dell'interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e della garanzia della qualità del sistema sanitario, **si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza.**

La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015) all'articolo 1 sottolinea che la realizzazione delle attività di prevenzione e **gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Servizio Sanitario Nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;** per questo sancisce che le Regioni e le Province autonome devono disporre che tutte le strutture pubbliche e private che erogano

prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

È importante evidenziare che nella stessa Legge, all'articolo 1, comma 540, a proposito di competenze, si parla di **coordinamento dell'attività di gestione del rischio sanitario, il che risulta coerente con il carattere stesso della sicurezza, trasversale a tutti gli ambiti presenti nelle organizzazioni sanitarie, poiché la sicurezza non è responsabilità di una funzione o di un ruolo, ma è responsabilità di tutti gli operatori sanitari nei loro rispettivi ruoli e funzioni.**

Tale profilo di coordinamento viene poi confermato nel contesto della "legge quadro" sulla sicurezza delle cure con l'art.16 della Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Per la prima volta l'articolo 1 sottolinea che la sicurezza delle cure è un diritto sancito, *"è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività"*.

L'esperienza correlata alla gestione dell'epidemia COVID-19 ha dato maggiore consapevolezza rispetto all'importanza della sicurezza e nello stesso tempo reso chiara la necessità di un cambio di paradigma nell'approccio alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie.

La realizzazione di questo obiettivo passa necessariamente attraverso un approccio sistemico ed integrato alla Gestione del Rischio aziendale e necessita di un piano organizzativo ed attuativo in grado di integrare le diverse professionalità coinvolte, garantendo un approccio multidimensionale alla complessità del sistema, pur all'interno di una visione unitaria.

In conclusione il piano di gestione del rischio sanitario:

- è un obbligo delle aziende sanitarie/ospedaliere;
- non è il piano dell'Unità Operativa (UO) di Rischio Clinico ma è il piano dell'Azienda Sanitaria in tutte le sue articolazioni.

#### **Obiettivi generali:**

- **COSTRUIRE UN'IMMAGINE AZIENDALE CENTRATA SULLA GARANZIA DELLA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO;**
- Sperimentare modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed ottimizzare la comunicazione;
- Individuare un modello organizzativo uniforme;
- Definire misure organizzative ed appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Implementare raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori;
- Promuovere la segnalazione dei quasi errori (*near miss*);
- Promuovere la segnalazione degli eventi sentinella;
- Monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- Individuare un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio clinico;
- Sperimentare, a livello aziendale, nuovi metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio;
- Attuare l'implementazione ed il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali;
- Predisporre un sistema di reporting annuale delle attività svolte.

In conclusione, la Direzione Strategica coadiuvata dalle Direzioni Mediche di Presidio, dai Direttori di Dipartimento e dai Direttori di Distretto, promuoverà le necessarie azioni utili a rendere operativo il piano.

## Obiettivi specifici

- 1) ORGANIZZAZIONE RETE DEL RISCHIO
- 2) MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE Raccomandazioni Ministeriali /PROCEDURE/PDTA AZIENDALI
- 3) RISCHIO INFETTIVO
- 4) FLUSSO SIMES

### 1) ORGANIZZAZIONE RETE DEL RISCHIO

Il Sistema aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale che coinvolge ampia parte delle Direzioni e dei Servizi trasversali aziendali e dovrà essere regolato su più livelli di responsabilità:

- A) **un livello strategico**, che definisca gli obiettivi generali e le priorità, attui un periodico monitoraggio dell'attività svolta e proponga il Piano Programma aziendale di gestione del rischio;
- B) **un livello organizzativo** nel cui ambito andrebbero analizzati i dati desumibili dai principali flussi informativi aziendali, nonché dalle altre fonti informative (ad es. gruppi di lavoro permanenti), integrati con i suggerimenti e le istanze del livello operativo-gestionale, al fine di individuare le principali aree/tematiche meritevoli di intervento, nonché di delineare i piani e le azioni di miglioramento necessarie, tenuto anche conto degli obiettivi generali e delle priorità definiti dalla Direzione strategica;
- C) **un livello operativo-gestionale** che si realizza in ambito dipartimentale ovvero di singola articolazione organizzativa ospedaliera o territoriale, ove vengono definite le modalità di attuazione dei singoli piani e progetti e la loro costante attuazione in corso di pratica assistenziale.

A tale scopo è necessario, dunque, costituire e formalizzare con delibera aziendale una Rete dei Referenti del Rischio Sanitario, individuando per ciascuna UO un referente medico e uno del comparto, che siano possibilmente dipendenti a tempo indeterminato, che mostrino sensibilità agli aspetti di gestione della qualità e della sicurezza e che abbiano buone abilità relazionali e di lavoro in team. Fra i compiti dei Referenti rientrano:

- la promozione e la diffusione della **cultura della sicurezza**;
- la promozione dell'invio delle segnalazioni di eventi avversi da parte del personale;
- l'affiancamento del personale eventualmente coinvolto in un evento avverso negli incontri (audit) che vengono organizzati al fine di analizzare il caso e individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento stesso;
- la promozione della partecipazione del personale alle attività di formazione ed aggiornamento in tema di rischio sanitario;
- il supporto alla Direzione Aziendale e al Risk Management per l'attuazione dei programmi di rischio clinico nel proprio reparto;
- l'applicazione degli **strumenti e metodi per la gestione del rischio**;
- la promozione dell'implementazione e il monitoraggio delle **raccomandazioni ministeriali** e delle **buone pratiche** per la sicurezza dei pazienti.

In considerazione dell'impegno assunto dall'Azienda, sia nella formazione dei Referenti, sia nella programmazione delle attività di Gestione del Rischio, è auspicabile che la scelta ricada tra il personale che possa ricoprire tale ruolo per un periodo non inferiore ai tre anni.

### 2) MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE Raccomandazioni Ministeriali/PROCEDURE/PDTA AZIENDALI

Il Ministero della Salute ha elaborato, a partire dal 2008, n.19 Raccomandazioni, ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Il processo di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali che le Aziende Sanitarie devono mettere in atto prevede diverse attività quali la elaborazione di procedure locali, la formazione e il monitoraggio. L'importanza di una piena implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni ministeriali per la

sicurezza delle cure è sottolineata anche dall'obbligo di un monitoraggio a cadenza annuale richiesto dall'AGENAS.

Nella Asl Bari, con delibere del Direttore Generale, è stato avviato il processo di implementazione delle seguenti Raccomandazioni Ministeriali: n.1, n. 2, n. 4., n. 6, n.7, n. 8, n. 12, n. 13, n. 16, n. 17 e n.18.

Ai fini di un costante monitoraggio delle raccomandazioni implementate e delle procedure e PDTA aziendali è auspicabile:

- una responsabilizzazione di Direzioni Mediche di Presidio, Direttori di Dipartimento e Direttori di Distretto;
- il coinvolgimento dei Referenti del rischio per ciascuna UO;
- l'attività di formazione interna nelle UUOO ospedaliere e territoriali;
- la digitalizzazione e l'informatizzazione delle attività connesse per analisi e tracciamento dei dati.

Si ricorda che la misura del grado di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti per la prevenzione degli eventi sentinella rappresenta un elemento significativo all'interno del processo di cambiamento e miglioramento della qualità. Inoltre, esso costituisce adempimento LEA, nonché obiettivo dei Direttori Generali.

PDTA e procedure sono strumenti di gestione del rischio e del processo di governo clinico delle strutture sanitarie.

### 3) RISCHIO INFETTIVO

Secondo l'OMS, l'AMR (resistenza antimicrobica) rappresenta, oggi, una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno.

L'impatto epidemiologico è legato all'incremento della morbosità e della mortalità che si associa alle infezioni causate da batteri antibiotico-resistenti. Nonostante stime attendibili del vero burden epidemiologico non siano attualmente disponibili, la più recente ed esaustiva analisi effettuata per conto del Governo Britannico ha calcolato che gli effetti dell'AMR causano circa 50.000 decessi ogni anno solo in Europa e negli Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Nella stessa analisi è stato anche stimato che, in assenza di interventi efficaci, il numero di infezioni complicate da AMR potrebbe aumentare notevolmente nei prossimi anni, arrivando, nel 2050, a provocare la morte di 10 milioni di persone l'anno. L'impatto epidemiologico dell'AMR ha conseguenze dirette sul piano economico, legate alla perdita di vite e di giornate lavorative e ad un maggiore utilizzo di risorse sanitarie per il prolungamento delle degenze, al maggiore utilizzo di procedure diagnostiche e di antibiotici spesso più costosi, quando disponibili. Nel Rapporto O'Neill è stato stimato che, entro il 2050, l'AMR potrebbe portare, nei Paesi dell'OCSE, ad una perdita economica cumulativa compresa tra i 20 e i 35 miliardi di dollari.

In Italia, secondo quanto rilevato anche dalla sorveglianza dell'AMR curata dall'ISS (AR-ISS), la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate d'Europa, quasi sempre al di sopra della media.

Il Ministero della Salute ha emanato nel tempo vari documenti specifici sul controllo delle ICA, a tal proposito si ricordino fra tutti il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 a questi si aggiungano il Compendio delle misure per il controllo delle ICA e le Raccomandazioni sul controllo della diffusione nosocomiale dello Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA).

La gestione del rischio infettivo nella nostra Azienda, indispensabile obbligo etico e giuridico, deve prevedere un piano organizzativo aziendale condiviso e promosso dalla Direzione Sanitaria, dalle Direzioni Mediche di Presidio, dal Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

Le attività, gli strumenti e gli obiettivi che ci si prefigge di annoverare nel piano sono i seguenti:

- Uno studio di prevalenza in tutti i reparti;
- Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi;
- Sorveglianza e controllo degli Eventi Sentinella segnalati dal laboratorio di microbiologia;
- Attivazione di una stewardship antibiotica;
- Un Programma per l'Uso Responsabile degli antibiotici: esso è orientato alla gestione del rischio infettivo e dell'antibiotico-resistenza attraverso la promozione dell'uso responsabile ed appropriato degli antibiotici in ogni ambito;

- Referenti/Facilitatori del Rischio Infettivo delle UUOO (Medici ed infermieri) individuati nei dipartimenti e delle singole strutture;
- Linee guida specifiche per Sepsis e Infezione delle Vie Urinarie;
- Linee Guida di isolamento in ospedale;
- Un sistema informatizzato.

#### 4) **FLUSSO SIMES**

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica: è uno strumento indispensabile per prevenire le situazioni di rischio e promuovere la sicurezza dei pazienti. Il sistema fornisce quindi importanti informazioni per effettuare opportune azioni correttive e predisporre strategie e attività per evitare che si ripetano episodi negativi. La prospettiva del sistema di segnalazione, attraverso l'esperienza e la diffusione delle lezioni significative che ne derivano, è dunque quella di fornire una costante opportunità di miglioramento alle organizzazioni sanitarie.

Allo stesso modo, i dati sui sinistri che riguardano "ogni accadimento che ha causato un danno, o ne aveva le potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguardi il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o di proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso", forniscono importanti indicazioni sulla sicurezza delle cure, nella prospettiva di migliorare l'assistenza.

A tal fine è indispensabile che si individuino formalmente due figure referenti delle due diverse attività per l'alimentazione del flusso SIMES:

- il referente aziendale SIMES per gli eventi sentinella (UOC Medicina Forense Gestione del Rischio Qualità e Formazione)
- il referente aziendale SIMES per i sinistri (Struttura Burocratico Legale).

#### **CONCLUSIONI**

Perché si possa avviare un cambiamento ed una reale presa in carico da parte dell'Azienda della sicurezza delle cure è necessario una condivisione trasversale dei piani e delle attività. La sicurezza delle cure è un processo che non ha i confini di una Unità Operativa o di un Dipartimento, ma coinvolge tutte le responsabilità afferenti ai vari livelli organizzativi. Non si può fare sicurezza se non vi è una cultura sistemica del rischio e dell'errore condivisa.

In tale ermeneutica di corresponsabilità si intende procedere all'attuazione del presente piano aziendale di gestione del rischio clinico.

#### PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su:

NON rilevante

#### ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione

NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013

#### ONERI DI RISERVATEZZA:

CONTIENE dati personali da NON pubblicare


NON contiene dati personali

#### DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

**PROPOSTA N.RO 20230001625 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20230001315 DEL 28/06/2023**

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Defilippis Vincenzo	 Firmato digitalmente il 28/06/2023 13:06