

(Art 2 comma 5 Legge 24 dell'8 marzo 2017)

La recente Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021, che ha apportato modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) mantiene l'attribuzione, alle ATS, di alcune funzioni fra cui: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; promozione della sicurezza alimentare, medica e medica veterinaria; sanità pubblica veterinaria; prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro; vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, socio sanitarie e sociali. Fin dal 1 gennaio 2016, pertanto, l'ATS non eroga più direttamente servizi sanitari, avendo il compito di attuare, relativamente al territorio di propria competenza, la programmazione definita dalla Regione. Ciò spiega il perché le ATS, fra cui anche quella di Brescia, siano da considerarsi Enti a "bassa rischiosità".

1) Eventi sentinella

Così come nel 2020, anche nel 2021 non sono stati registrati, nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), eventi sentinella; per evento sentinella si intende un "evento avverso, di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario".

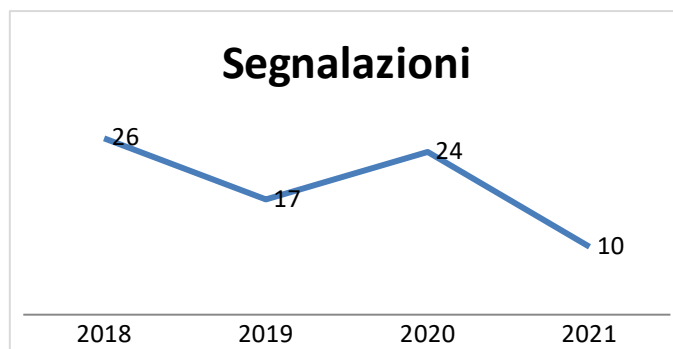
2) Sistema di "incident reporting"

Questo sistema, nato nel settore aeronautico per la segnalazione volontaria e confidenziale di eventi da parte di piloti e controllori di volo per migliorare la sicurezza aerea, è stato importato, ormai da molti anni, dai sistemi sanitari anglosassoni (Australia, Gran Bretagna, Stati Uniti) adattandolo alle organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente. Il modello proposto da J. Reason per la segnalazione degli eventi si fonda sul presupposto che l'errore possa capitare e che per giungere ad applicare correttivi è fondamentale la collaborazione di tutti gli *stakeholder*. È un sistema di raccolta, su base volontaristica, di segnalazioni, da parte degli operatori sanitari, di eventi e dei quasi-eventi (*near miss*). L'auspicato miglioramento della sicurezza delle cure e del contesto operativo è possibile se si ammette l'eventualità che "qualcosa possa andare storto" e se si utilizzano le informazioni derivate dall'analisi degli eventi per sviluppare azioni correttive o migliorative. Per realizzare ciò è necessario, tuttavia, garantire un contesto amichevole e protettivo, perché ciò che si vuole ottenere è lo sviluppo di una cultura diffusa del rischio, basata sulla volontaria adesione degli operatori.

Anche nell'ATS di Brescia funziona, ormai da tempo, un sistema di *incident reporting* che rappresenta, quindi, uno strumento da ritenere ormai indispensabile, teso ad aumentare i livelli di conoscenza delle cause e dei fattori che hanno contribuito al verificarsi di un evento avverso in base al "*principio dell'imparare dall'errore*".

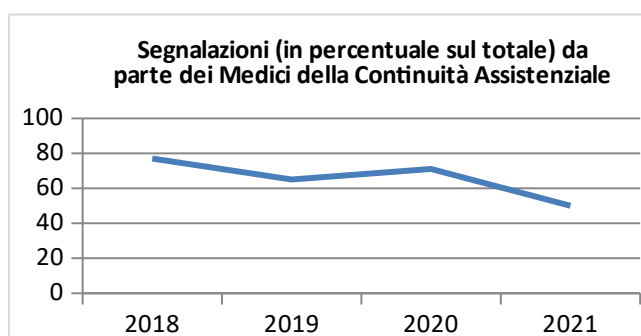
Il sistema, che fornisce dati importanti per l'identificazione del rischio clinico e che è alimentato da un flusso di informazioni proveniente, su base volontaristica, dai dipendenti e da altri lavoratori ad esse equiparati, ha registrato nel corso del 2021 n. 10 eventi (in un caso le segnalazioni, riguardante lo stesso evento, sono pervenute da due operatori).

Il dato evidenzia una netta diminuzione delle segnalazioni rispetto agli anni precedenti (24 segnalazioni nel 2020, 17 nel 2019, 26 nel 2018);



I motivi della diminuzione delle segnalazioni sono da approfondire, ma non si può escludere l'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 che potrebbe aver "catalizzato" l'attenzione dei dipendenti.

L'analisi delle segnalazioni conferma come l'attività svolta dai Medici della Continuità Assistenziale sia da considerare come una area operativa critica, da tenere costantemente monitorata. Il grafico indica, infatti, come una percentuale variabile negli anni dal 50% al 77% è costituita da segnalazioni provenienti dall'attività dei MCA.



In questo ambito sono stati segnalati, in 4 casi, eventi da classificare nell'area "aggressioni/minacce" (le segnalazioni riguardano esclusivamente minacce verbali).

Si segnala che l'inquadramento giuridico della figura professionale del Medico della Continuità Assistenziale, visto il disposto dell'articolo 2 del Decreto Legislativo 81/08, considerato anche l'esito dell'interpello n. 15/2016 al quesito della Regione Lazio alla Commissione per gli interpellati ex art. 12, d.lgs. n. 81/2008, in merito all'applicabilità della sorveglianza sanitaria ai medici di continuità assistenziale, non sembra lasciare dubbi sulla classificazione di questi lavoratori come lavoratori para-subordinati.

Ulteriori cinque segnalazioni pervenute al Risk Manager, fatte da operatori dell'Agenzia che svolgono attività di front-office/portineria e attività di vigilanza, sono da riferire sempre a situazioni conflittuali con l'utenza, che hanno portato ad aggressioni/minacce verbali.

Anche nel corso del 2021, quindi, gli eventi correlati al verificarsi di situazioni di "aggressività", per fortuna solo verbale, degli utenti *versus* gli operatori sanitari rappresentano la gran maggioranza delle segnalazioni pervenute con il sistema di *incident reporting*.

3) Interventi preventivi

L'impegno programmatico deve essere orientato a:

- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- individuare le migliori scelte organizzative strutturali e tecnologiche per la riduzione del fenomeno;

- prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza;
- delineare modalità di supporto legale per gli operatori vittime di aggressioni;
- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti;
- definire un piano di comunicazione mirato alla prevenzione delle aggressioni per gli utenti e visitatori;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili.

In merito a quest'ultimo punto, alla luce delle indicazioni contenute nella Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2017 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", stante l'analisi effettuata delle segnalazioni registrate negli ultimi anni dal sistema di *incident reporting*, si rafforza la necessità di continuare il percorso formativo, iniziato da qualche anno, mirato a fornire, in particolare gli operatori della Continuità Assistenziale e agli operatori che svolgono attività di vigilanza sul territorio, alcuni strumenti utili per una comunicazione efficace, per la gestione delle "emozioni difficili" e per mettere in atto azioni di "*decalage*" quando si verificano situazioni di "tensione relazionale" con gli utenti.

Gli eventi formativi di cui sopra, in linea con le Linee Guida Regionali per la gestione del rischio clinico, possono essere certamente considerati come una implementazione della Raccomandazione n. 8 prima citata.

Le analisi dei dati provenienti dal sistema di *incident reporting* hanno portato, infine, alla messa in atto, congiuntamente al Servizio di Prevenzione e Protezione, di alcuni interventi prevenzionali sui principali parametri strutturali/impiantistici ed organizzativi delle sedi di Continuità Assistenziale, che possono essere ritenuti determinanti per il rischio correlato all'attività dei Medici ivi operanti. Si è conseguentemente proceduto ad aggiornare lo specifico documento sull'attività della Continuità Assistenziale, allegato al DVR, con la stesura di un cronoprogramma per gli interventi di gestione del rischio.

Il Risk Manager

Pasquale Dr Politi