

UOSD Governo Clinico e Risk Management

RELAZIONE ANNUALE

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

Anno 2019

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 dispositiovigilanza, 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.

EVENTI SENTINELLA

Il Ministero della Salute definisce una lista di 16 Eventi Sentinella:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura in paziente
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a una malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Nel 2019 sono stati segnalati sette eventi sentinella.

La maggior parte dei casi è stata istruita con *conference default* iniziale e poi con RCA; comunque è stata svolta istruttoria formale e verifiche documentali e gestionali.

Per ognuno degli eventi sentinella sono stati proposti relativi piani di miglioramento.

MONITORAGGIO

Periodicamente sono esaminati o verificati processi di monitoraggio quali l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e l'analisi delle cartelle cliniche

Per quanto riguarda le Raccomandazioni Ministeriali sono state periodicamente esaminate e in qualche caso implementate.

| RACCOMANDAZIONE |
|---|
| 1. <u>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</u> |
| 2. <u>Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</u> |
| 3. <u>Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</u> |
| 4. <u>Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</u> |
| 5. <u>Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</u> |
| 6. <u>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</u> |
| 7. <u>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</u> |
| 8. <u>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</u> |
| 9. <u>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</u> |
| 10. <u>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</u> |

11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"

13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie

14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

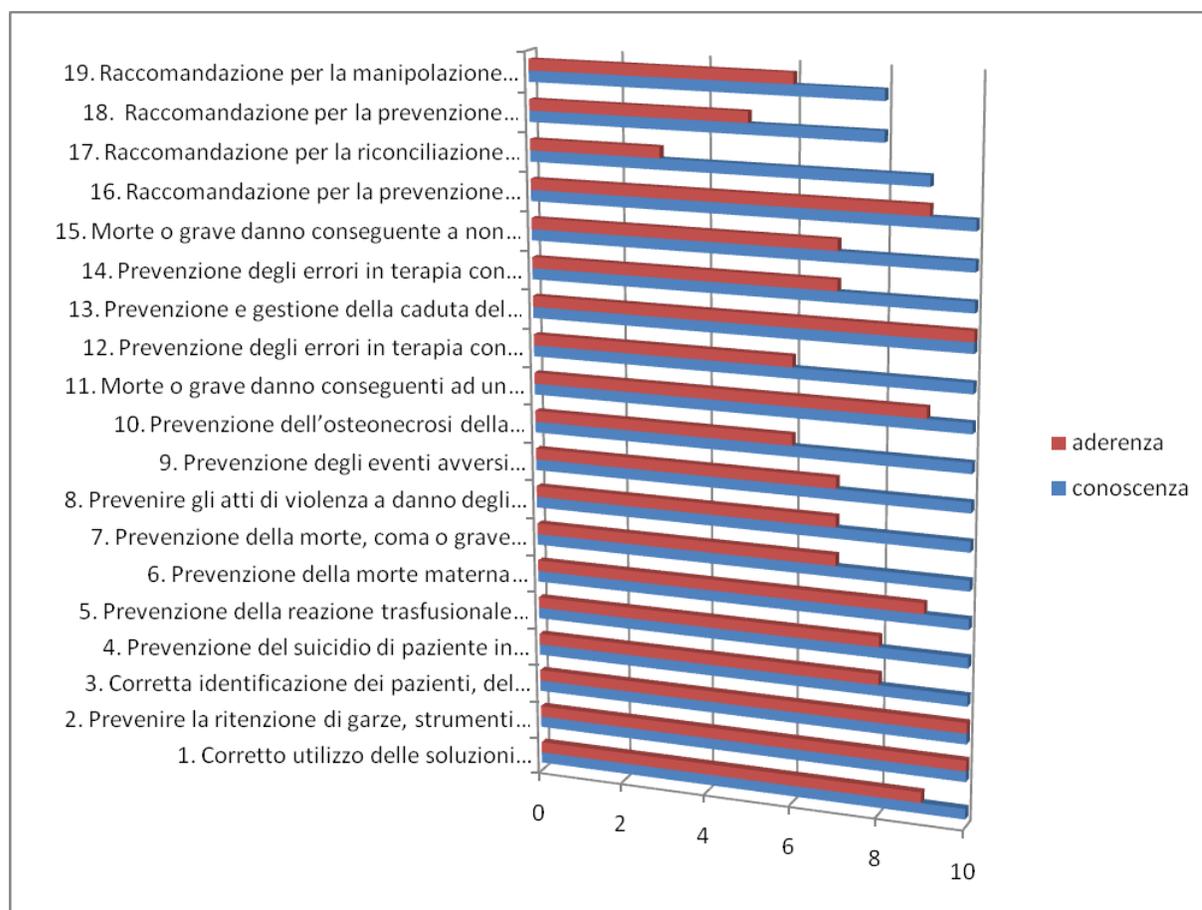
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso

16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita

17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica

18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

19. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione



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.



| Cardio. | Chir. gen. | Ger. | infett. | PS/OBI | Medicina | Nefrologia | Neon. at. | Neur. ol. | Onco logia | Oculi stica | Ortopedia | Ost/ Ginec. | ORL | Pedia tria | Psich iatria | Riani m. |
|---------|------------|------|---------|--------|----------|------------|-----------|-----------|------------|-------------|-----------|-------------|------|------------|--------------|----------|
| 72,4 | 88 | 65,5 | 73,2 | 67,7 | 65,1 | 65,4 | 65,6 | 72,1 | 79 | 79,2 | 77,2 | 86 | 82,7 | 70,7 | 72,5 | 67,7 |



MEDIA ANNUALE

Quest'ultima linea di tendenza mostra come dal 2012 la media annuale si è favorevolmente abbassata (da 88.5 a 69.8) ma sostanzialmente nell'ultimo quinquennio non vi è stato un sostanziale e ulteriore miglioramento permanendo complessivamente una qualità substandard della documentazione sanitaria; l'obiettivo è pervenire ad indici di qualità appropriata (<60) attraverso corsi di formazione dedicati su vari settori.

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 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Numero di sinistri | 57 | 58 | 68 | 56 | 38 |
| Numero di ricoveri | 11.135 | 11.515 | 12.067 | 11.524 | 11.664 |
| Degenza media | 6,78 | 6,47 | 6,35 | 7,00 | 7.36 |

| | | | | | |
|---------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| Somme erogate | 988.323 | 313.823 | 1.429.976 | 1.829.062 | 2.807.533 |
|---------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|

CADUTE

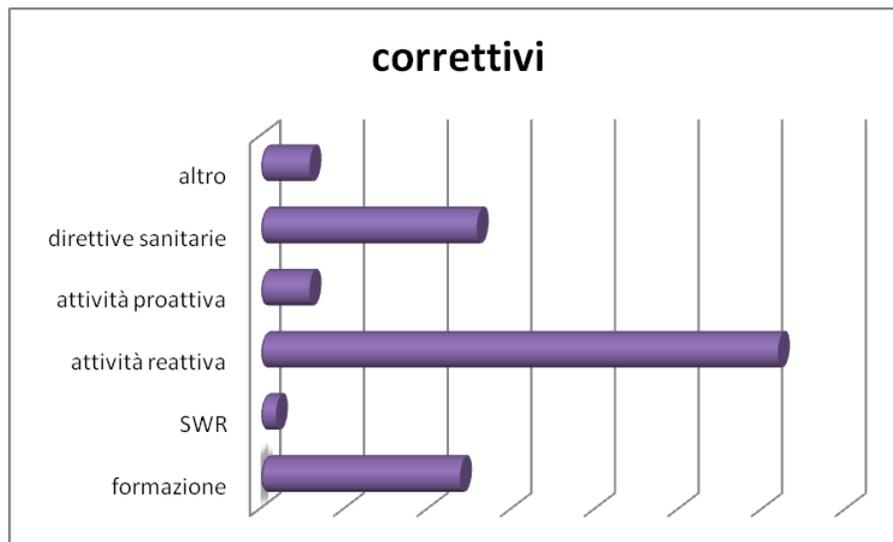
Per quanto riguarda le cadute si registra un incremento in parte legato alla politica di segnalazione introdotto con il DCA regionale. Quindi è verosimile che vi sia stato *underreporting* negli anni precedenti ed in ogni caso la rilevanza impone assumere iniziative di maggior carico assistenziale e più adeguato nursing.

REPORTING ATTIVITÀ CORRELATE AL RISCHIO CLINICO

| | |
|--------------------|-----|
| Incident reporting | 180 |
| reclami | 210 |
| ADR | 0 |
| ATR | 0 |
| MDAE | 0 |

PIANI DI MIGLIORAMENTO

I processi correttivi sono per lo più di tipo reattivo ma deve essere implementata l'attività proattiva.



Quanto alle attività operative specifiche si registra un basso livello di segnalazione spontanea sebbene siano state discusse all'occorrenza varie criticità sotto forma di audit e case report.

Altre azioni, anche di natura proattiva, sono state messe in atto per il miglioramento del sistema e la diffusione della cultura della sicurezza. Nello specifico sono stati privilegiati i seguenti campi di intervento:

- Revisione di cartelle cliniche
- Formazione degli operatori sanitari
- Safety Walkaround
- Adozione del *Piano della comunicazione e umanizzazione delle cure*
- Adozione di procedure
- Diffusione di procedure
- Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali
- Monitoraggio dell'utilizzo della STU (Scheda unica di terapia)
- Implementazione produzione buona pratiche cliniche
- Implementazione della segnalazione degli eventi
- Capitolato delle direttive sanitarie (già istituito).

Dott. Massimo Rizzo

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