

## Report annuale

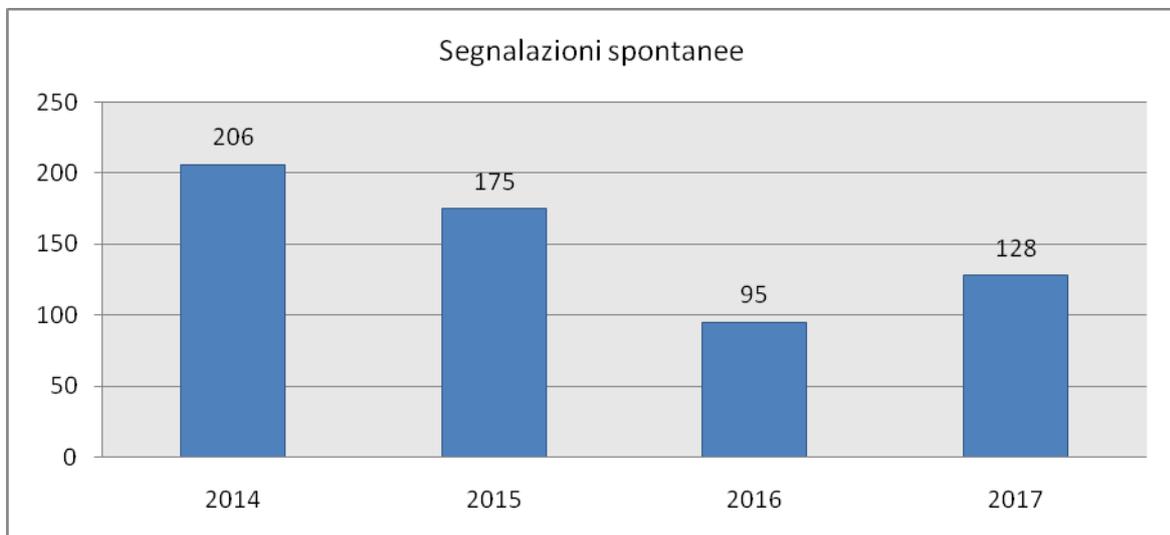
Il report analizza gli eventi avversi, probabilmente avversi e le cadute accidentali archiviati nel data-base aziendale dedicato.

Le segnalazioni pervenute (metodologia: incident reporting) sono state 128 con un aumento rispetto al 2016, del 25,8%

Sempre nel corso del 2017 sono stati analizzati in forma di audit n° 6 eventi sentinella, che sono stati inviati poi tramite la Regione al Ministero

I risultati descritti nella presente relazione sono riferiti all'anno in corso e confrontati con quelli del triennio precedente

**Fig1**



Le segnalazioni spontanee, definite come “incident reporting”, sono rappresentate da tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori sanitari e riguardano danni o presunti danni a carico di pazienti/utenti.

Vengono suddivise in:

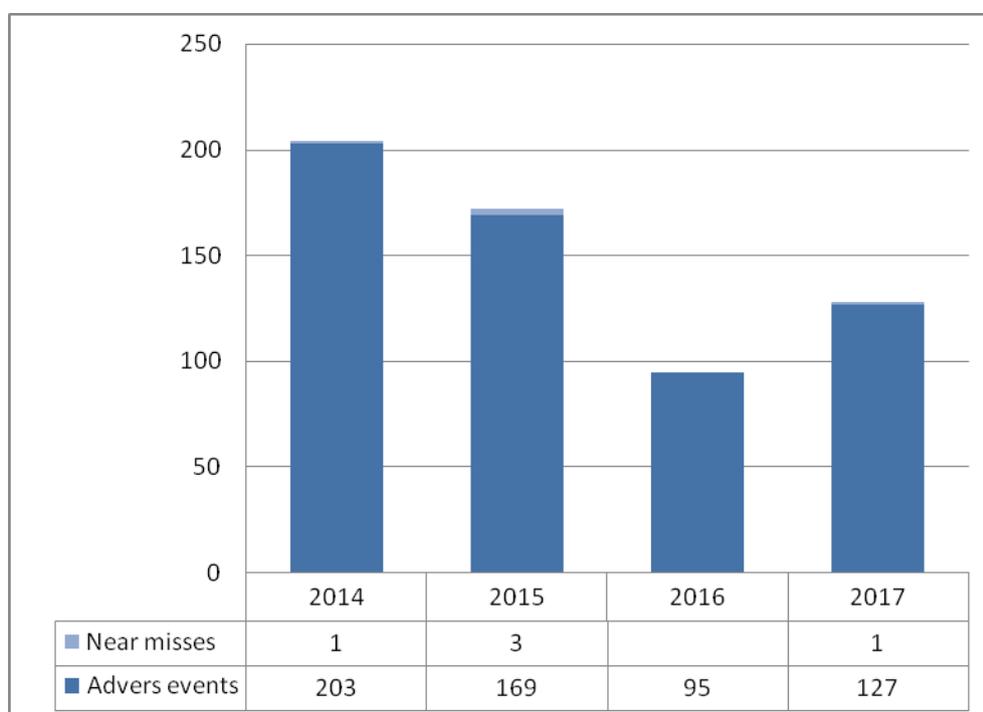
- Evento avverso (Advers Event): eventi che causano morte, malattia, menomazione, disabilità, sofferenza transitoria

Es.: reazione anafilattica a un farmaco

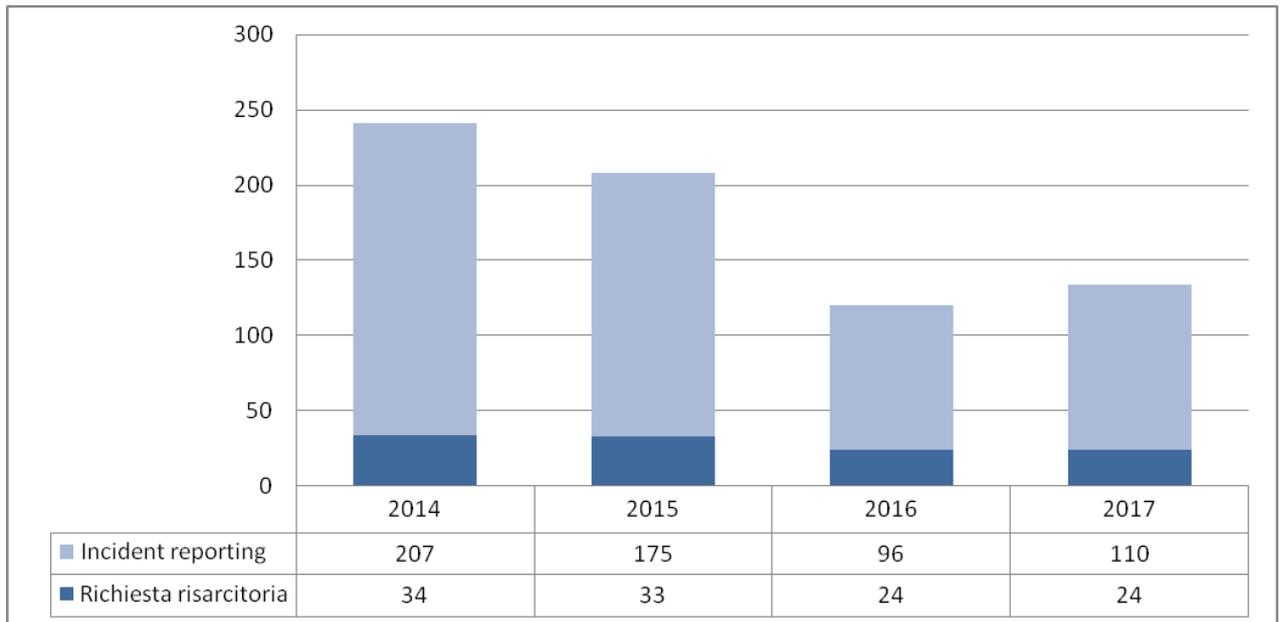
- Quasi errore (Near Miss) procedura potenzialmente lesiva, interrotta prima che si concretizzi il danno.

Es.: rilevazione di un errore di prescrizione, prima della somministrazione di un farmaco

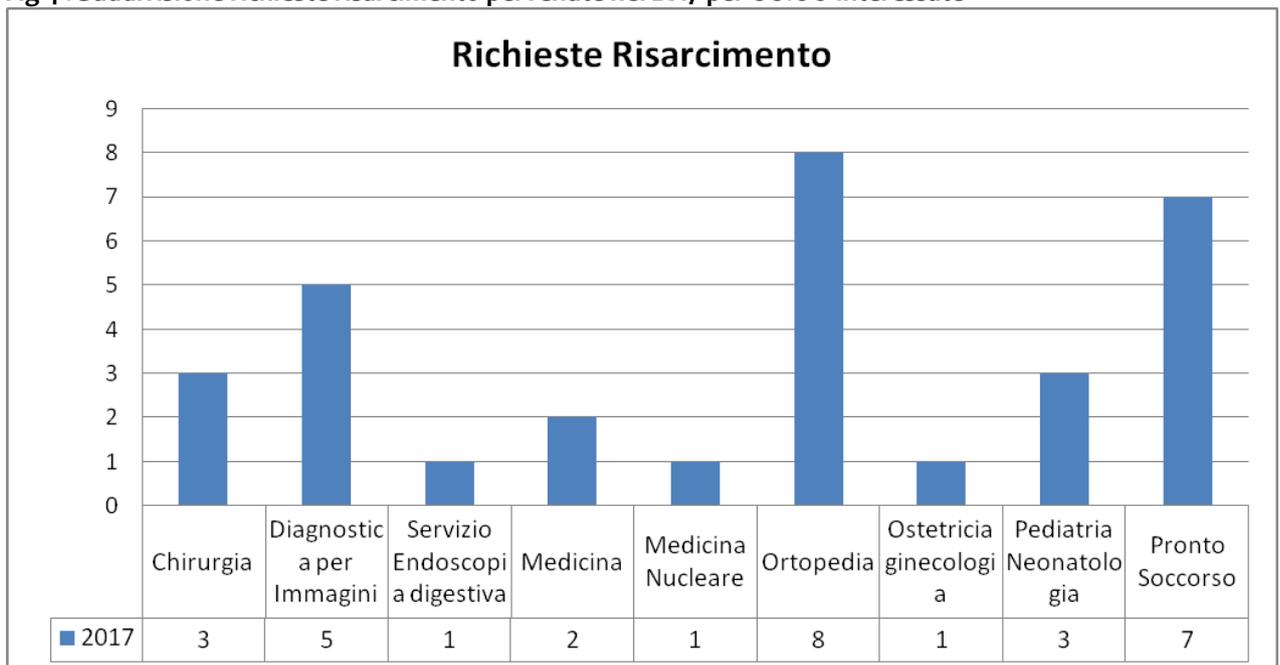
**Fig2. Sono rappresentate le segnalazioni spontanee suddivise per tipo e anno**



**Fig3. Casi gestiti del Rischio Clinico suddivisi per anno e raggruppati in base alla data di ricevimento della documentazione**



**Fig 4 : Suddivisione richieste risarcimento pervenute nel 2017 per UU.OO interessate**



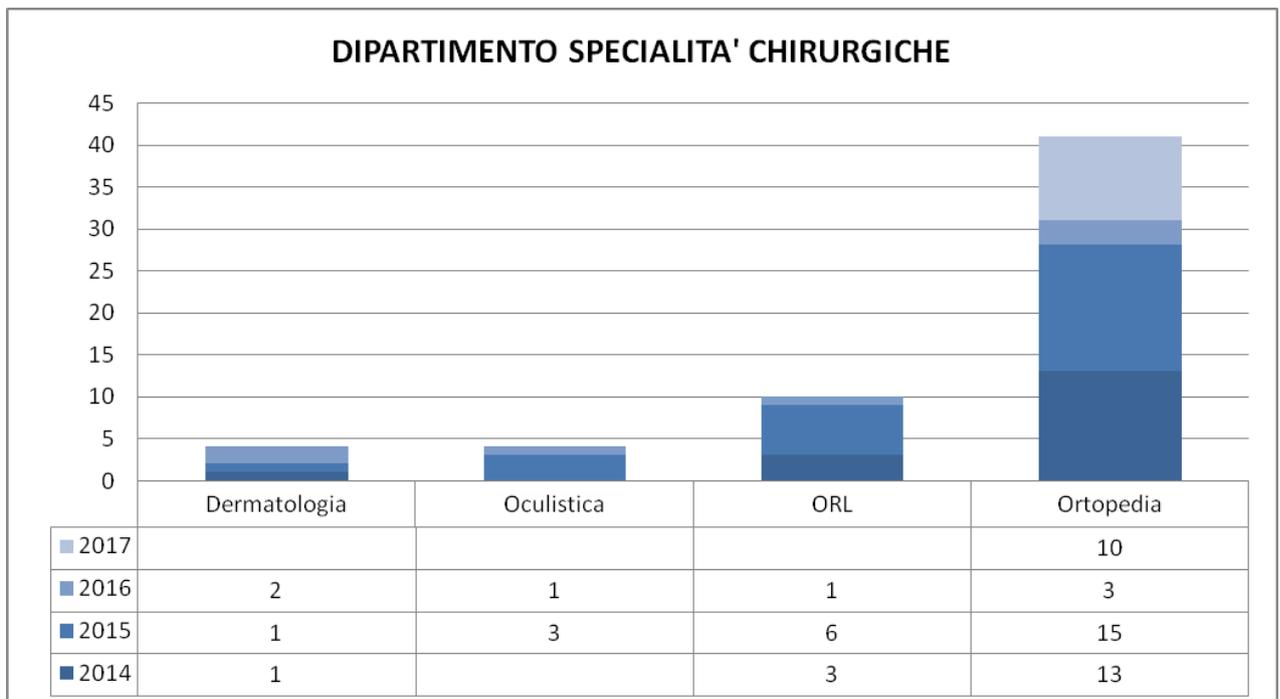
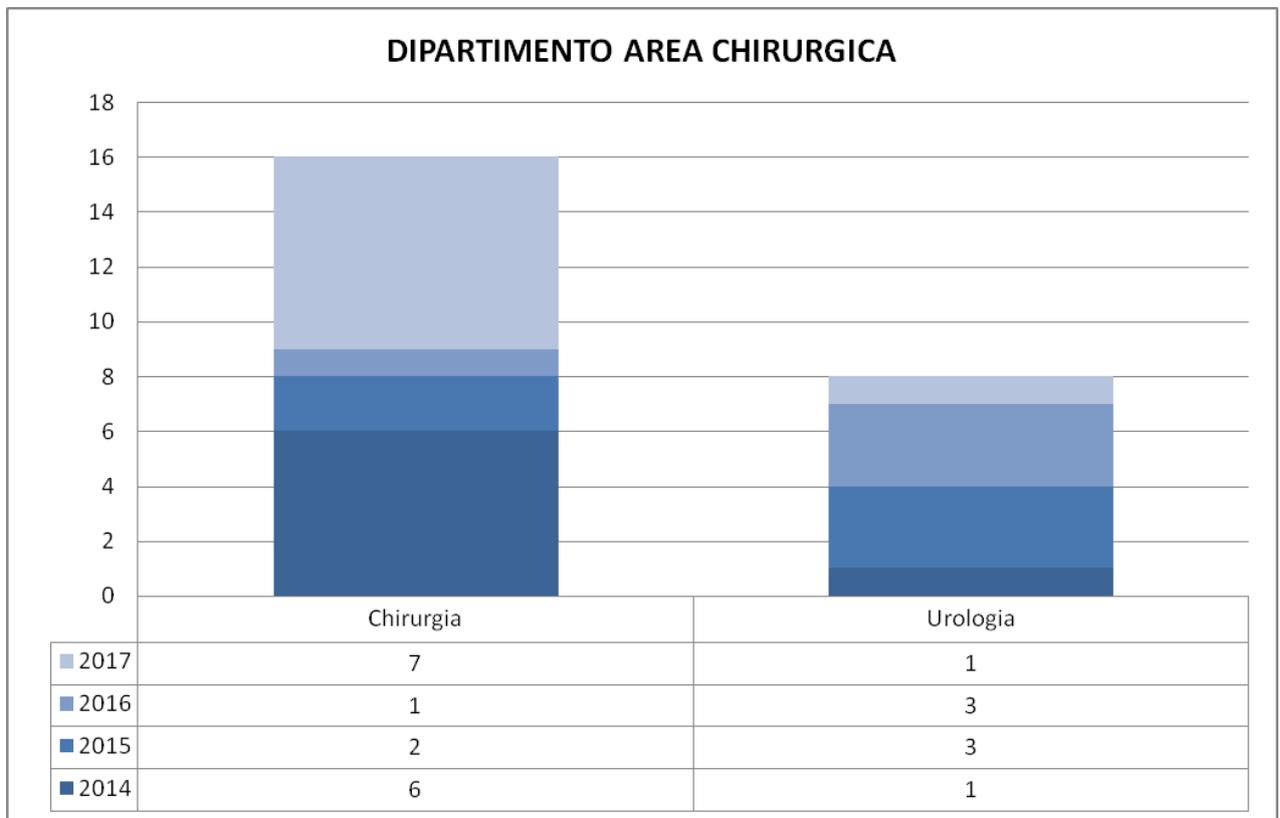
Per analizzare in dettaglio la tipologia delle segnalazioni spontanee si è usata la classificazione del Ministero della Salute presa da: “Risk management in sanità. Il problema degli errori” Commissione tecnica sul rischio clinico (DM 5/03/2003).

Tipologia errore		Descrizione
Errore nell'uso dei farmaci	<b>EF</b>	Errori di prescrizione
		Errori di preparazione
		Errori di trascrizione
		Errori di distribuzione
		Errori di somministrazione
		Errori di monitoraggio
Errore chirurgico	<b>EC</b>	Corpi estranei nel focolaio chirurgico
		Intervento su parte o lato del corpo sbagliata
		Esecuzione chirurgica impropria
		Chirurgia non necessaria
		Gestione non corretta del paziente chirurgico
Errore nell'uso di apparecchiature	<b>EA</b>	Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione (non causati dall'utilizzatore)
		Malfunzionamento dovuto all'utilizzatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)
		Manutenzione inadeguata
		Istruzioni inadeguate
		Pulizia non corretta
		limiti di durata previsti
Esami o procedure diagnostiche	<b>EoPD</b>	Non eseguite
		Programmate ma non eseguite
		Eseguite in modo inadeguato o scorretto
		Eseguite appropriatamente ma su pazienti sbagliati
		Non appropriate
Errori nella tempistica	<b>ET</b>	Ritardo nel trattamento farmacologico
		Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico
		Ritardo nella diagnosi
		Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici

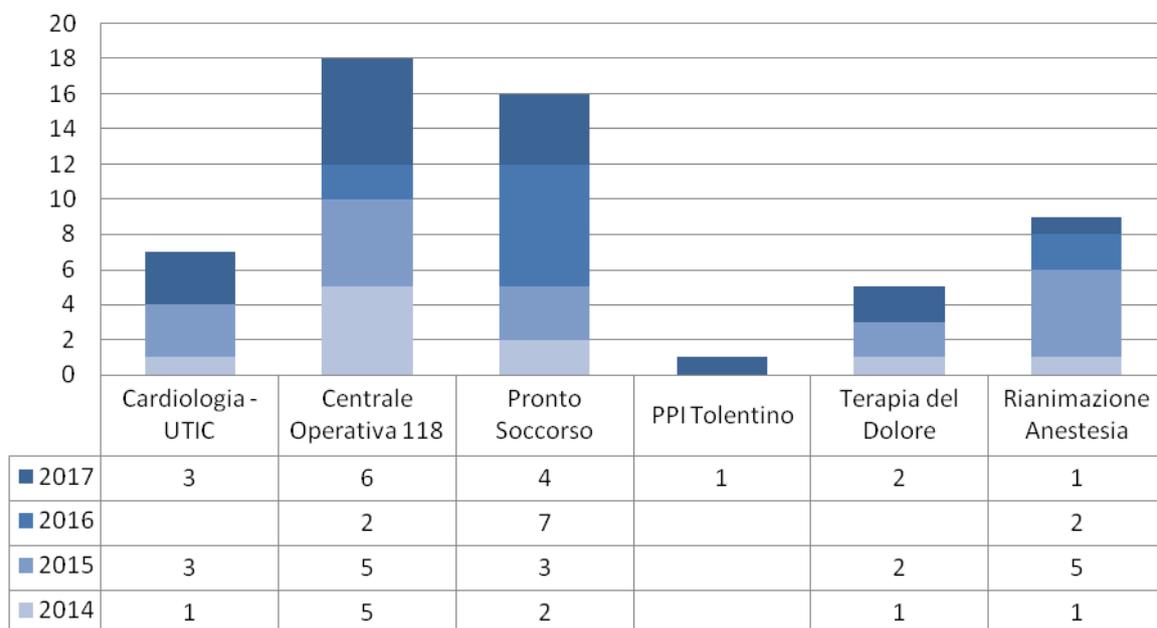
Tabella 2: Tipologia eventi avversi

EoPD Eseguite in modo inadeguato o scorretto	26	20,31%
Caduta	25	19,53%
Altro	21	16,41%
EA Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione	13	10,16%
EC Gestione non corretta del paziente chirurgico	10	7,81%
EoPD Non eseguite	8	6,25%
EA Manutenzione inadeguata	4	3,13%
EF Errori di somministrazione	4	3,13%
EoPD Non appropriate	4	3,13%
ET Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici	4	3,13%
ET Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico	3	2,34%
EF Errori di prescrizione	2	1,56%
EA Istruzioni inadeguate	1	0,78%
EC Chirurgia non necessaria	1	0,78%
EC Corpi estranei nel focolaio chirurgico	1	0,78%
EoPD Programmate ma non eseguite	1	0,78%

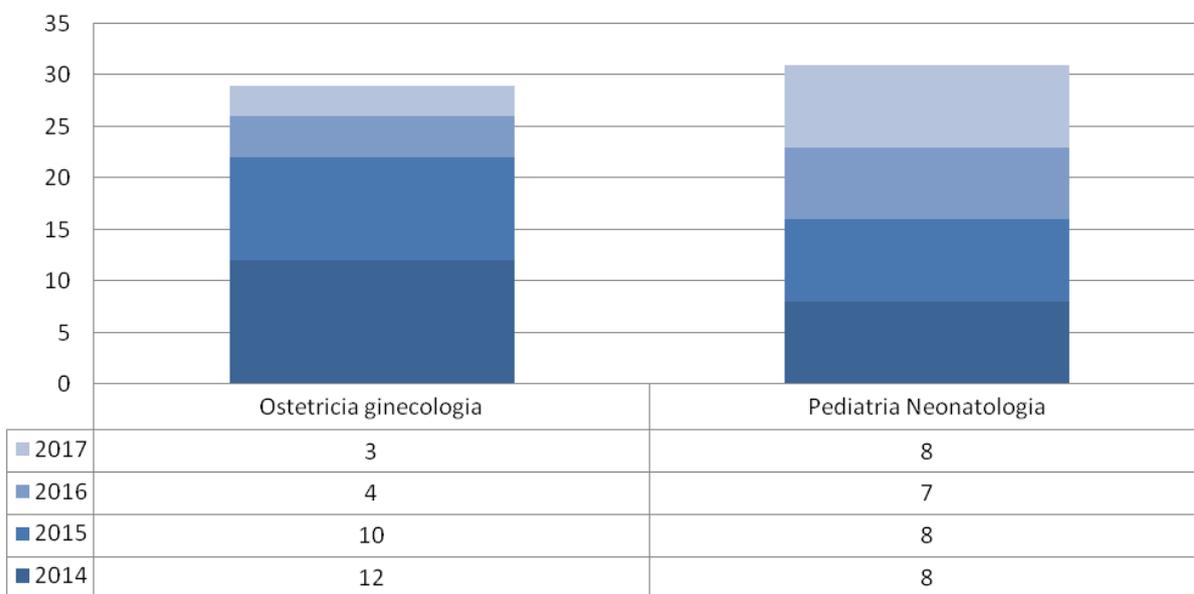
Nelle figure è rappresentato il numero delle segnalazioni spontanee effettuate dalle Unità Operative aggregate per Dipartimento



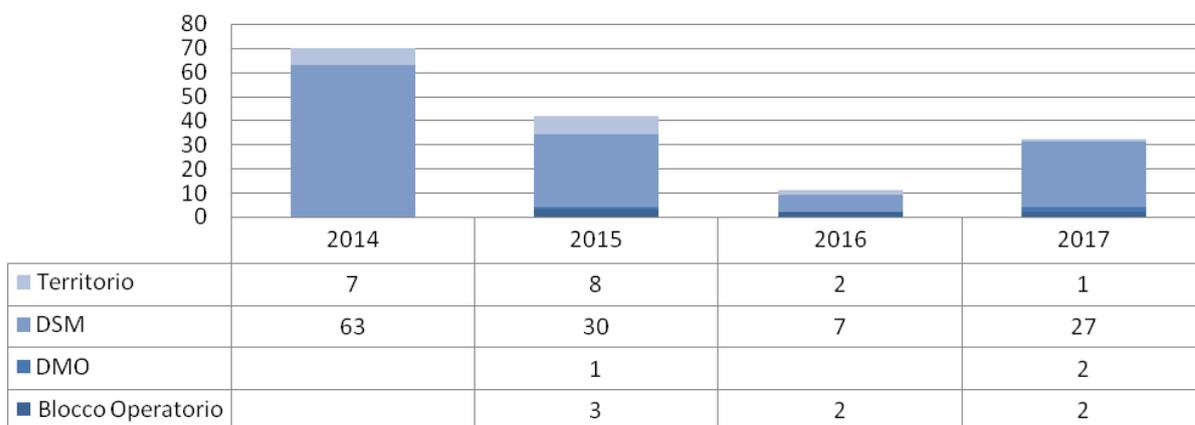
## DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA



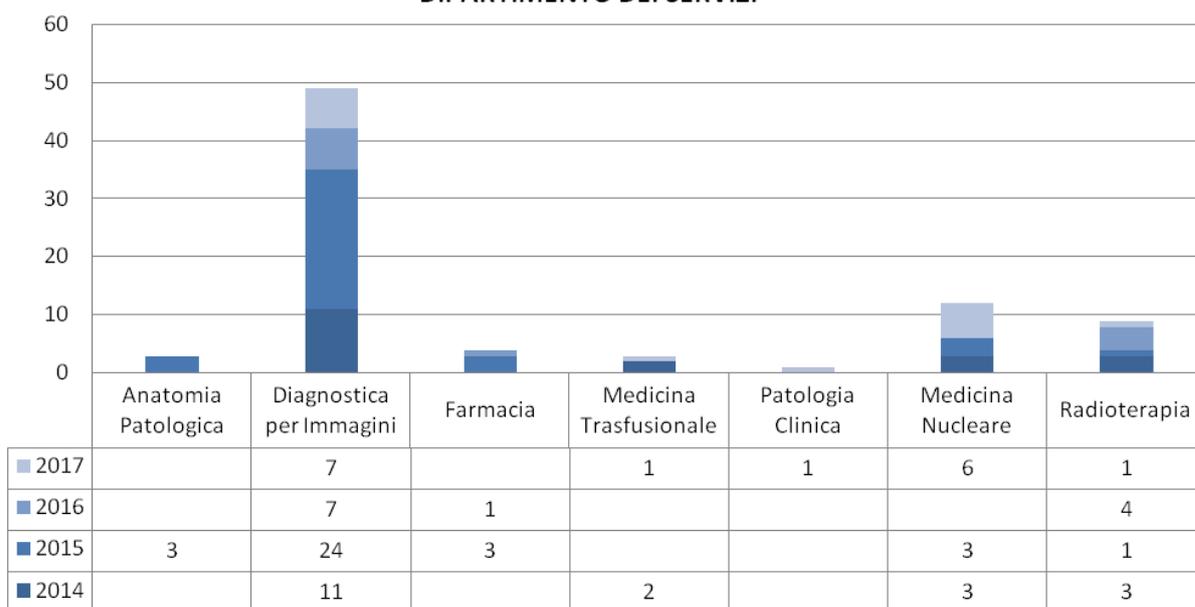
## DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE



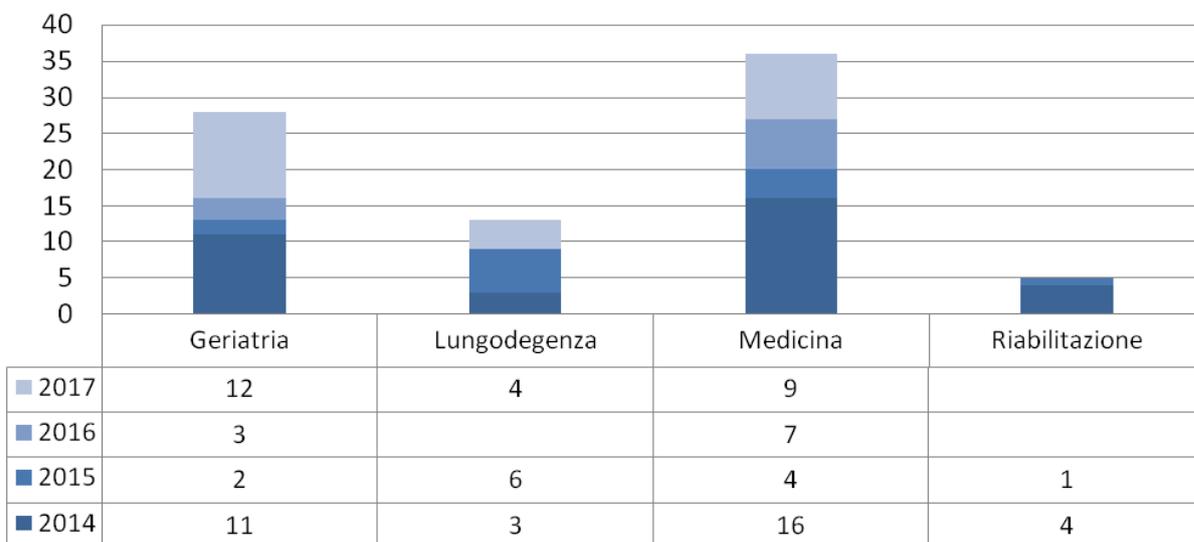
### DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE TERRITORIO AV3 MACROAREA OSPEDALIERA



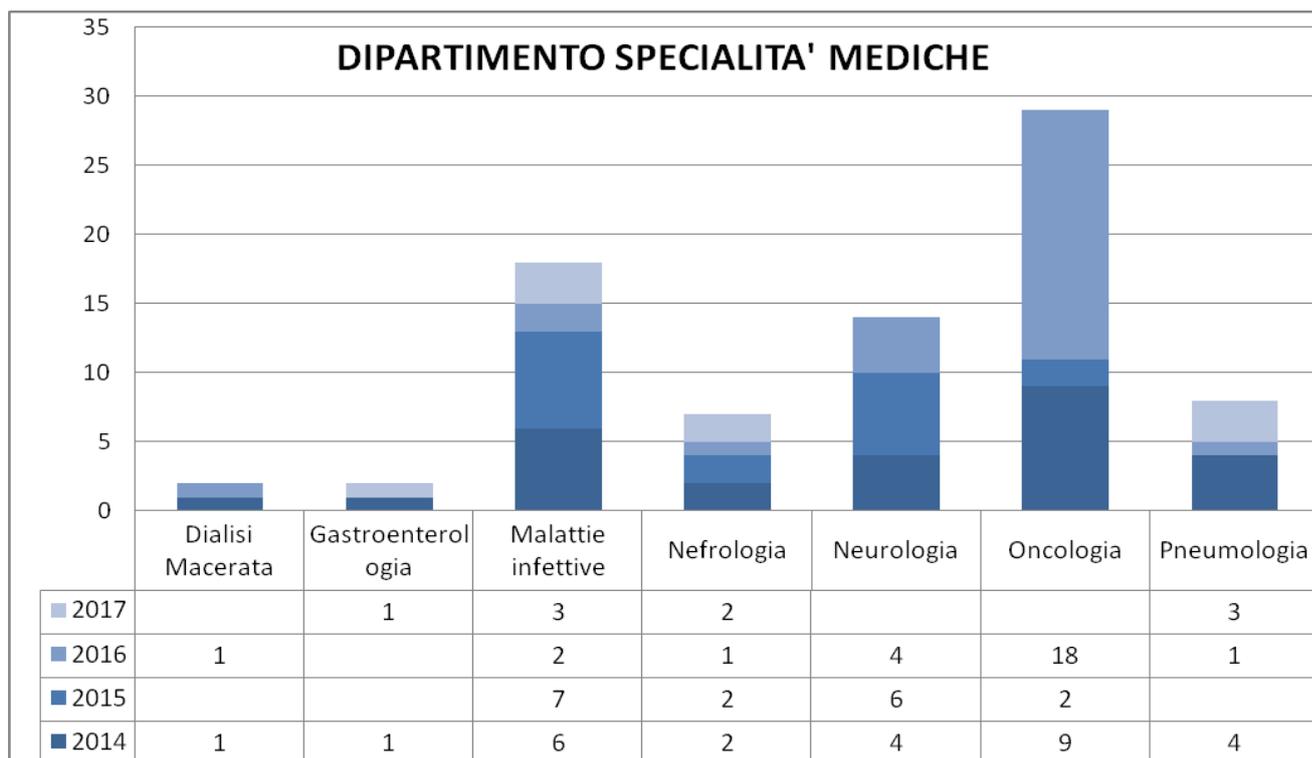
### DIPARTIMENTO DEI SERVIZI



### DIPARTIMENTO AREA MEDICA

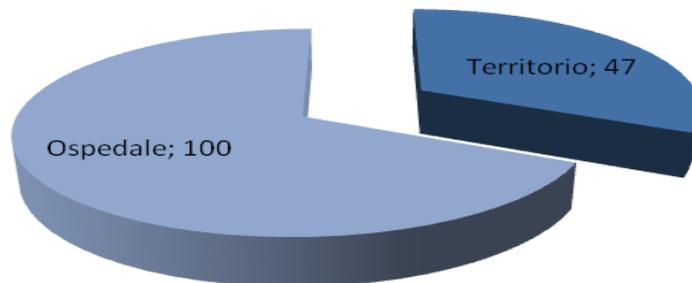


### DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

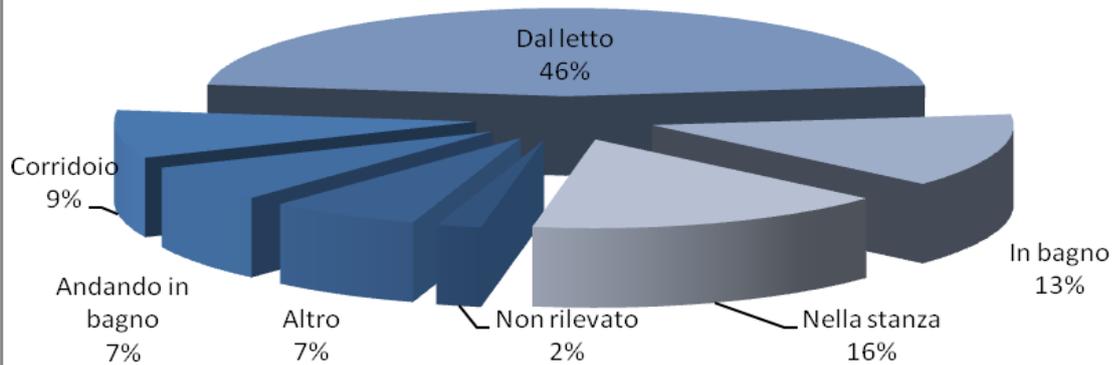


## RIASSUNTO CADUTE ACCIDENTALI ANNO 2017

### Cadute accidentali



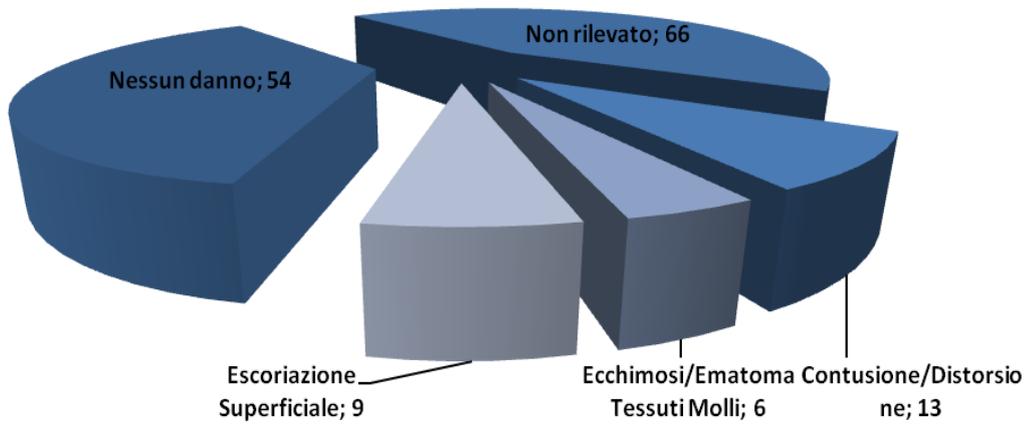
### Luogo incidente



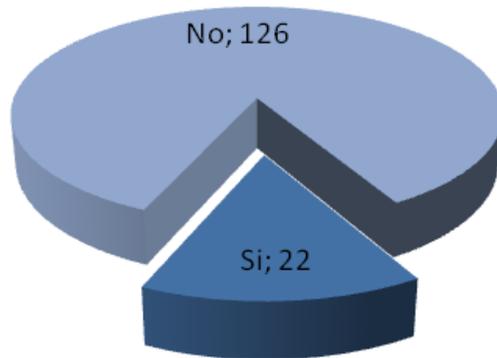
### Ostacoli



## Conseguenze



## Cadute pregresse



Nell'ambito dell'attività dell'UOC di Governo Clinico / Rischio Clinico è stato predisposto un Regolamento provvisorio, in attesa di regolamentazione ASUR, che prevede, al suo interno anche la nomina di Referenti Dipartimentali per l'area dirigenziale e comparto e di Facilitatori per UU.OO.

Inoltre per l'anno 2018 sono stati accreditati tre circoli di miglioramento per rivedere e uniformare in area Vasta i modelli per la segnalazione degli eventi e la procedura per la segnalazione degli stessi, in base anche a quanto previsto dalle raccomandazioni Ministeriali (in allegato si riportano eventi accaduti e tuttavia non segnalati, in base a quanto previsto dalle Raccomandazioni).

*Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009*

#### **4.16 Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria**

I miglioramenti della qualità e della sicurezza in sala operatoria sono associati alla capacità del sistema di valutare i propri successi ed insuccessi. L'OMS raccomanda fortemente l'adozione di una lista di indicatori semplici ed essenziali, "vital statistics", per la sorveglianza dell'attività in sala operatoria da utilizzarsi sia a livello delle strutture sanitarie, sia a livello dei professionisti.

- Le Direzioni Aziendali dovrebbero utilizzare strumenti per la misurazione della qualità dell'attività in sala operatoria.
- Le Direzioni Aziendali devono avviare una valutazione standardizzata e sistematica di tutti i casi di decesso occorsi nelle prime 24 ore post-intervento.
- I seguenti indicatori devono essere sistematicamente calcolati a livello ospedaliero:
  - Tasso di mortalità nelle prime 24 ore post-intervento: numero di pazienti deceduti entro le prime 24 ore post intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un anno.
  - Tasso di mortalità post operatoria intraospedaliera: numero di pazienti deceduti all'interno dell'ospedale entro 30 giorni dall'intervento chirurgico per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo.
  - Tasso di infezioni del sito chirurgico: numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo.

*Non è appropriato utilizzare tali indicatori per effettuare comparazioni tra regioni, strutture o singoli professionisti; per attuare tali confronti, infatti, sarebbe necessario prendere in considerazione valutazione del case mix e delle comorbidità mediante l'applicazione di metodologie più complesse di risk adjustment. La finalità, invece, è quella di migliorare la qualità assistenziale consentendo alla singola struttura sanitaria di identificare le aree per il miglioramento e tracciarne il trend temporale.*

Tab a

Tab b

Tab a

Obiettivo 16		Tot interventi ordinari	Totale interventi
		<b>3372</b>	<b>4672</b>
Morti a 24 ore	<b>5</b>	0,15%	0,11%
Morti a 30 giorni	<b>40</b>	1,19%	0,86%

Tab b

INTERVENTO	ICD9	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	Tot	
ADENOMECTOMIA TRANSVESCICALE	60.3	4	5	4	1	1				1	5	4		25	4%
											1			1	
ALTRA APPENDECTOMIA	47.09	6	4	9	8	8	6	7	11	6	2	12	7	86	1%
				1										1	
ALTRA GASTRECTOMIA TOTALE	43.99	1		1	2									4	25%
					1									1	
ALTRA INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	86.04			2	4	2								8	25%
				1	1									2	
ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	83.09	1												1	100%
		1												1	
ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	60.29	4	3	7	4	3	5	6	1	2	5	4		44	2%
										1				1	
ALTRA RESEZIONE PARZIALE DELL'INTESTINO TENUE	45.62			2	2	3	1	1	4	3	4			20	5%
									1					1	
ALTRE LISI DI ADESIONI PERITONEALI	54.59	1		4	2	2	3	2	2	1	1	2	2	22	5%
				1										1	
ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO	44.99						1							1	100%
							1							1	
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	86.11		1		1									2	50%
					1									1	
CATERIZZAZIONE URETERALE	59.8	3	6	7	6	4	7	3	4	2	3		3	48	2%
							1							1	
CHIUSURA RITARDATA DI FERITA ADDOMINALE IN VIA DI CICATRIZZAZIONE	54.62									1	1			2	50%
										1				1	
COLECISTECTOMIA	51.22	2	3	4	4	3		2	1	3	1		2	25	8%
								1	1					2	
COLOSTOMIA, SAI	46.10			1				1	2					4	25%
				1										1	
CONTROLLO DI EMORRAGIA, SAI	39.98		2	1	1	2	1		2	1	1			11	18%
						1			1					2	
EMICOLECTOMIA DESTRA	45.73	4	6	4	3	2	4	3	4	2	3		4	39	3%
							1							1	
ESTERIORIZZAZIONE DELL'INTESTINO CRASSO	46.03						1		1				1	3	33%
							1							1	
LAPARATOMIA ESPLORATIVA	54.11	2	1		1	1	2			2	1	1	1	12	17%
		1									1			2	
LEGATURA DELLE EMORROIDI	49.45					1								1	100%
						1								1	
NEFROURETERECTOMIA	55.51	2			1	2	1	2	1	4	1		1	15	7%
		1												1	
POSIZIONAMENTO DI TUBO DI KHERR O TPE PER DECOMPRESSIONE	51.43						1							1	100%
							1							1	
RESEZIONE DEL CIECO	45.72	2	1	1										4	25%
				1										1	
RIAPERTURA DI LAPAROTOMIA RECENTE	54.12		1		2	1					1		1	6	17%
					1									1	
RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DEL FEMORE, CON FISSAZIONE INTERNA	79.35	12	14	20	16	18	13	13	13	14	16	15	13	177	4%
				1	2	1	1		2					7	
SIGMOIDECTOMIA	45.76	1	1	2	4	1	3	2		1	1	2	2	20	10%
				1	1									2	
SOSTITUZIONE DI ZAFFAMENTO O DRENAGGIO DI FERITA	97.16									2				2	50%
										1				1	
SOSTITUZIONE PARZIALE DELL'ANCA	81.52	9	7	7	5	7	5	6	10	6	8	5	7	82	4%
					1		1					1		3	

La riga in giallo riporta il numero dei pazienti deceduti



*Ministero del Lavoro, della Salute e  
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

Lista degli eventi sentinella	3.2. Grave danno
1. Procedura in paziente sbagliato	<p>In riferimento alla definizione di evento sentinella, di cui al punto 3.1 "...evento avverso di particolare gravità potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno..." ed ai fini del presente protocollo, si considera <b>grave danno qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso</b>. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato:</p> <p>Morte <input type="checkbox"/></p> <p>Disabilità permanente <input type="checkbox"/></p> <p>Coma <input type="checkbox"/></p> <p>Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione <input type="checkbox"/></p> <p>Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente <input type="checkbox"/></p> <p>Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva <input type="checkbox"/></p> <p>Reintervento chirurgico <input type="checkbox"/></p> <p>Rianimazione cardio respiratoria <input type="checkbox"/></p> <p>Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura <input type="checkbox"/></p> <p>Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 <input type="checkbox"/></p> <p>Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Se "Altro" Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)</p>
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3. Errata procedura su paziente corretto	
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	
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 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 imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

Facendo seguito a quanto indicato precedentemente, in base all'analisi del flusso SDO e del Registro Operatorio, gli eventi sentinella che gli operatori avrebbero dovuto segnalare sarebbero anche i seguenti

Reintervento chirurgico					Trasferimento ad una unità di terapia intensiva		
UO_EROGANTE	N° 2	N° 3	N° 4	Tot reinterventi		UO Dimissione	Modalità Dimissione
CHIRURGIA	20	3	1	24	UO Ammissione	Rianimazione	
ORTOPEDIA	2			2	Cardiologia	1	Decesso
OSTETRICIA	10			10	Chirurgia	3	Decesso
UROLOGIA	12	1		13	Malattie Infettive	1	Decesso
					Medicina	6	Decesso
					Nefrologia	3	Decesso
					Neurologia	1	Decesso
					Ortopedia	1	Decesso
					Endoscopia Digestiva	1	Decesso
					Pneumologia	1	Decesso