



UOC GOVERNO CLINICO RISCHIO CLINICO

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ART 2 COMMA 5 L 24/17

ANNO 2018

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	3
2. STUDIO DEI PROCESSI INTERNI E DELLE CRITICITÀ' PIÙ' FREQUENTI.....	4
2.1. EVENTI AVVERSI.....	4
2.1.1. Eventi sentinella	7
2.2. CADUTE ACCIDENTALI.....	9
2.3. RICHIESTE RISARCIMENTO	12
3. PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DI ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE FINALIZZATA ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO SANITARIO	13
3.1. Formazione 2018	13
3.2. Formazione 2019	13
3.3. Atti.....	13

1. INTRODUZIONE

Come premessa alla lettura dei dati riportati nella relazione annuale si precisa che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono chiaramente documentare un aumento del numero di eventi avversi registrati: questo a dimostrazione di una migliore capacità di rilevazione degli eventi stessi volta non solo all'analisi dei dati con predisposizione di azioni di miglioramento ma anche ad una maggiore trasparenza del sistema, come la L. 24/17 prevede.

L'art. 2, comma 5, della L.n.24 del 08/03/2017, sancisce la *predisposizione di 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.*

Pertanto nella presente relazione, redatta in ottemperanza della suddetta norma, saranno descritti i risultati derivanti dal monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Unità Operativa Complessa di Governo Clinico e Rischio Clinico istituita con Determina del Direttore Generale ASUR n. 361 del 23/06/2017 "Adeguamento dell'assetto organizzativo con determina ASURDG N 481/2016", è confermata in staff alla direzione di Area Vasta. L'incarico di Direttore UOC Rischio Clinico/Governo Clinico è stato conferito con Determina del Direttore di Area Vasta n.281 del 02/03/2017 con l'obiettivo di "...pianificazione e condivisione in Area Vasta e a livello aziendale, e successivo sviluppo a regime, di progetti di miglioramento della performance sanitaria, in termini di appropriatezza, sicurezza, efficacia, equità, partecipazione degli utenti, efficienza ed economicità. Sostegno tecnico metodologico nei confronti dei clinici e degli operatori sanitari per la realizzazione dei progetti. Monitoraggio delle azioni e dei risultati, integrando strumenti e metodi in tutti i processi di governo delle attività cliniche. In ordine alle peculiari funzioni di Staff delle Direzione di Area Vasta, raccordo e coordinamento continuo e costante delle attività sanitarie delle Macroaree Dipartimento di Prevenzione, Distretti e Presidio Unico Ospedaliero..".

Sarà altresì fatto cenno ad altre attività prodotte nell'ambito del rischio clinico, prevalentemente focalizzate sul versante preventivo come la formazione e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

2. STUDIO DEI PROCESSI INTERNI E DELLE CRITICITÀ' PIÙ' FREQUENTI (Note all'art. 2: Si riporta il testo dell'art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dalla presente legge)

In base alla norma 208/2015 articolo 1 comma 539

- attivazione di percorsi di audit o altre metodologie finalizzati alla studio dei processi interni e delle criticità più frequenti: possibilità di segnalazione spontanea e anonima e analisi delle possibili soluzioni finalizzate alla messa in sicurezza del paziente, anche secondo quanto esplicitato dall'Art. 16 legge 24/2017 in cui si garantisce che “i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari”
- rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva

2.1. EVENTI AVVERSI

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:

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

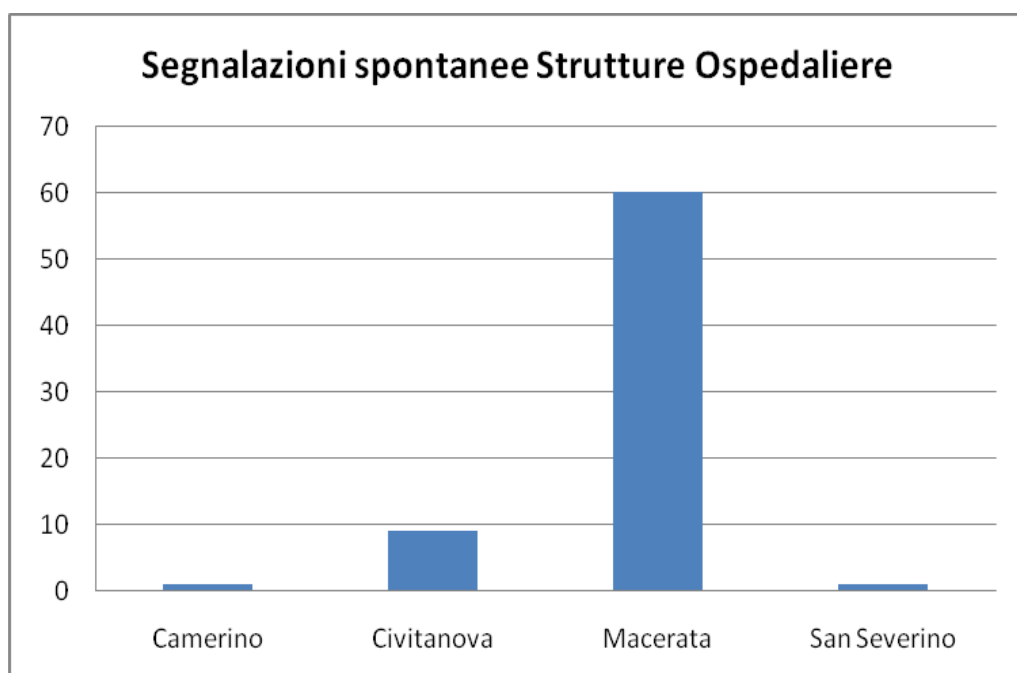
Es.: reazione anafilattica a un farmaco

2. Evento potenzialmente avverso (No Harm event): procedura potenzialmente lesiva, ma che non ha causato un danno.

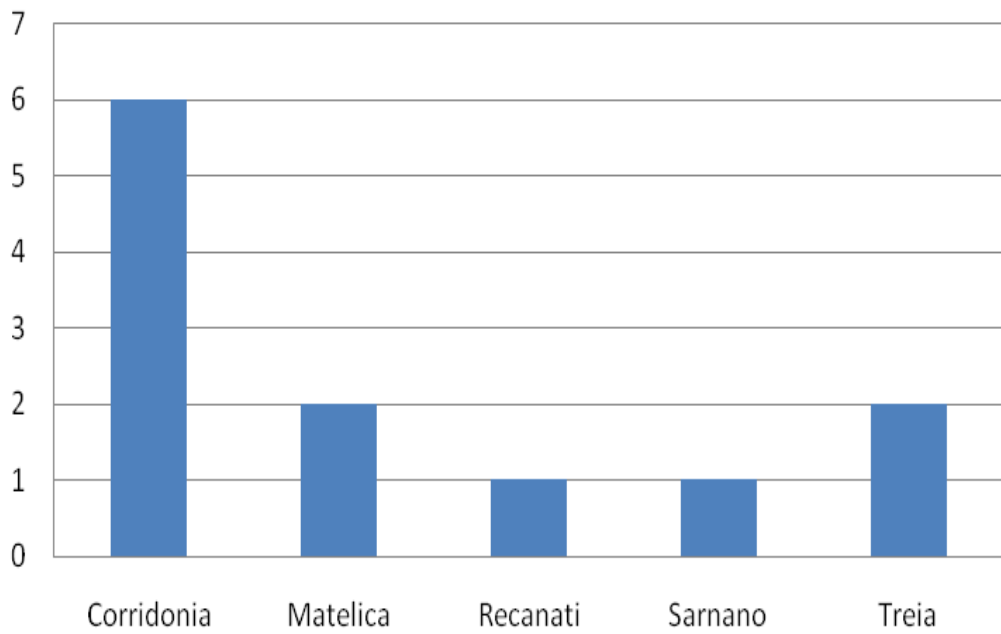
Es.: somministrazione di cefalosporina a paziente allergico alla penicillina, senza alcuna conseguenza

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

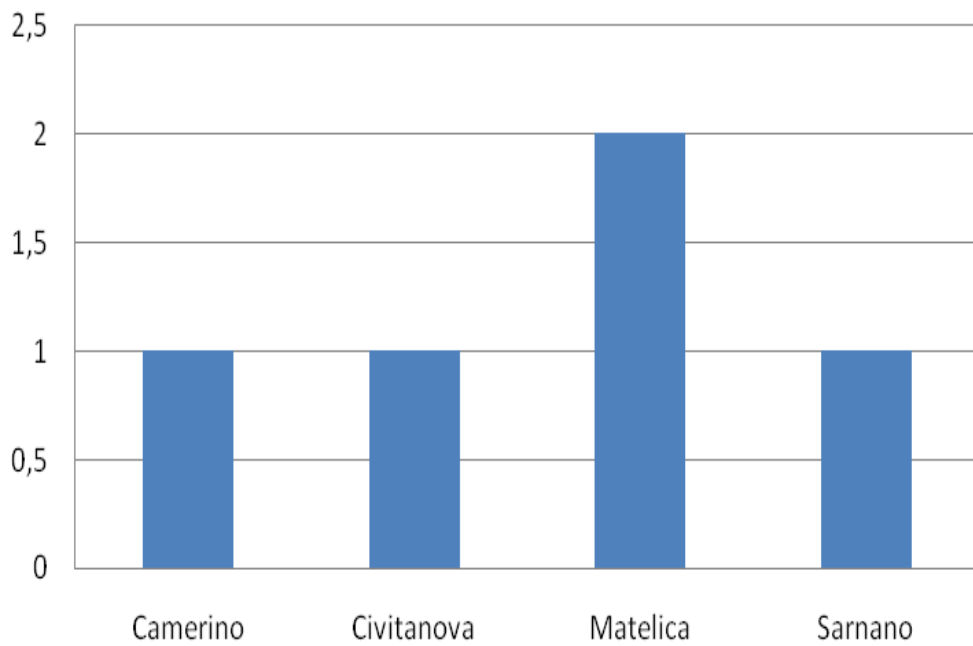
Es.: rilevazione di un errore di prescrizione, prima della somministrazione di un farmaco

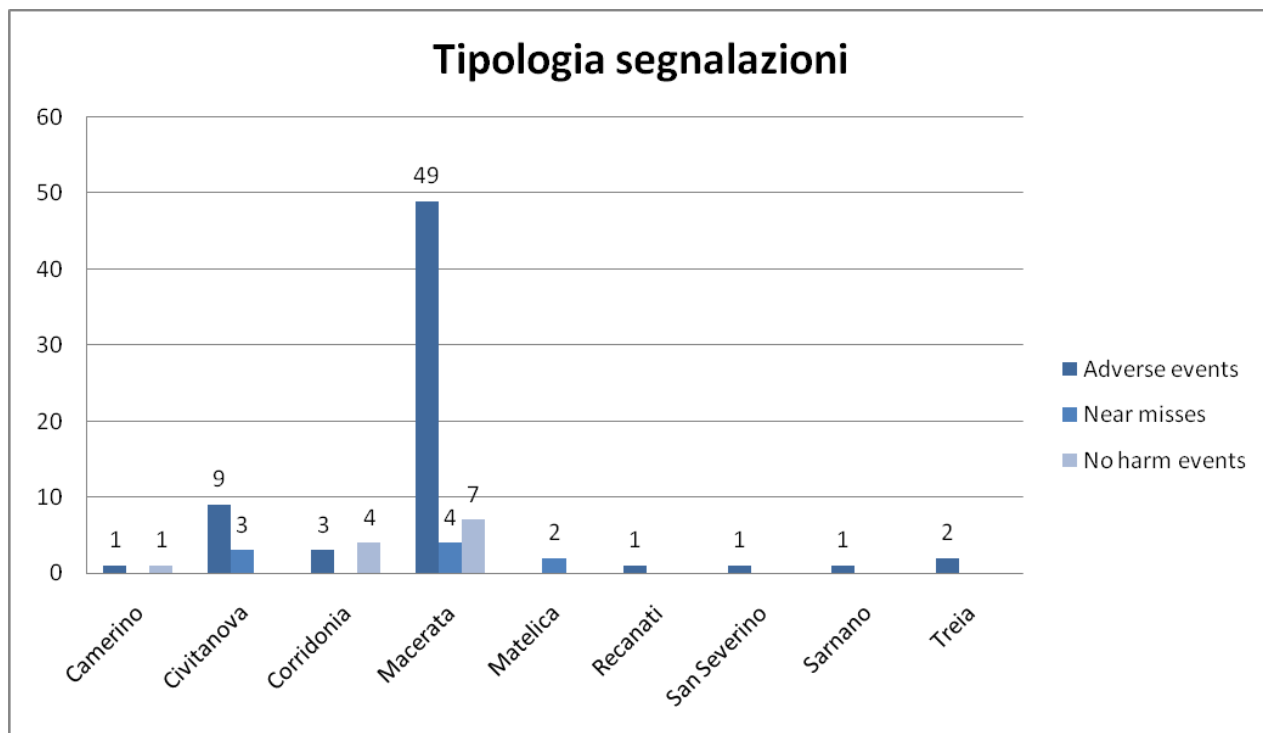


Segnalazioni spontanee Strutture Territoriali



Segnalazioni spontanee Distretti





Il confronto con il biennio precedente non è stato possibile effettuarlo in quanto è il primo anno che tale rilevazione viene effettuata in maniera omogenea in Area Vasta

2.1.1. Eventi sentinella

		ESITO EVENTO					
		Disabilità permanente	Morte	Reintervento chirurgico	Trauma maggiore conseguente a cadute di paziente	Traumi o fratture di qualsiasi entità	Tot
TIPO EVENTO	Atti di violenza a danno di operatore					1	1
	Errata procedura su paziente corretto	1					1
	Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico			1			1
	Morte o grave danno per caduta di paziente				3	3	6
	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1	1				2
	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale		1				1

Nel dettaglio le azioni intraprese a seguito degli AUDIT effettuati per la gestione degli eventi “sentinella”

Morte o grave danno per caduta di paziente:

- a. redatta ed avviato l'uso della “**Istruzione Operativa per la Prevenzione del rischio di caduta da barella dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso**”.
- b. stata avviata la richiesta di barelle regolabili in altezza
- c. Utilizzo di cartellonistica dedicata, indicante il pericolo caduta, qual'ora il pavimento risulti essere bagnato
- d. Revisione procedura, diffusa in Area Vasta, “PREVENZIONE GESTIONE E SEGNALAZIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE”

Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

- a. Adeguata educazione dei pazienti, individuando e coinvolgendo i caregiver, formalizzata nella documentazione clinica
- b. Spostamento dell'infermeria per consentire una maggiore supervisione/controllo dei pazienti da parte degli infermieri.

Atti di violenza a danno di operatore

- a. Prevista per l'anno 2019 formazione agli operatori

Errata procedura su paziente corretto

- a. Sono stati formalizzati dei protocolli tra UU.OO. e servizio di Anatomia Patologica per la definizione di classe di priorità (esito Disabilità permanente)
- b. Doppio controllo ad inizio turno e fine turno delle richieste pervenute (esito Disabilità permanente)
- c. E' stato implementato il sw aziendale per l'accettazione diretta dalle SO dei campioni istologici (esito Disabilità permanente)
- d. Completato il percorso del paziente che accede al prechirurgico per cui è stato precluso lo stesso ai pazienti che non hanno terminato l'iter diagnostico (esito Disabilità permanente)

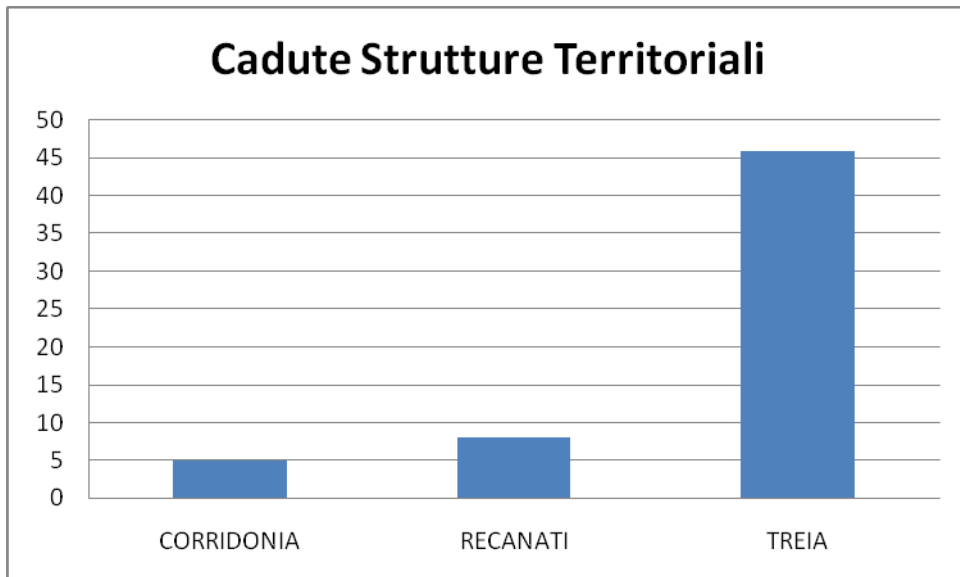
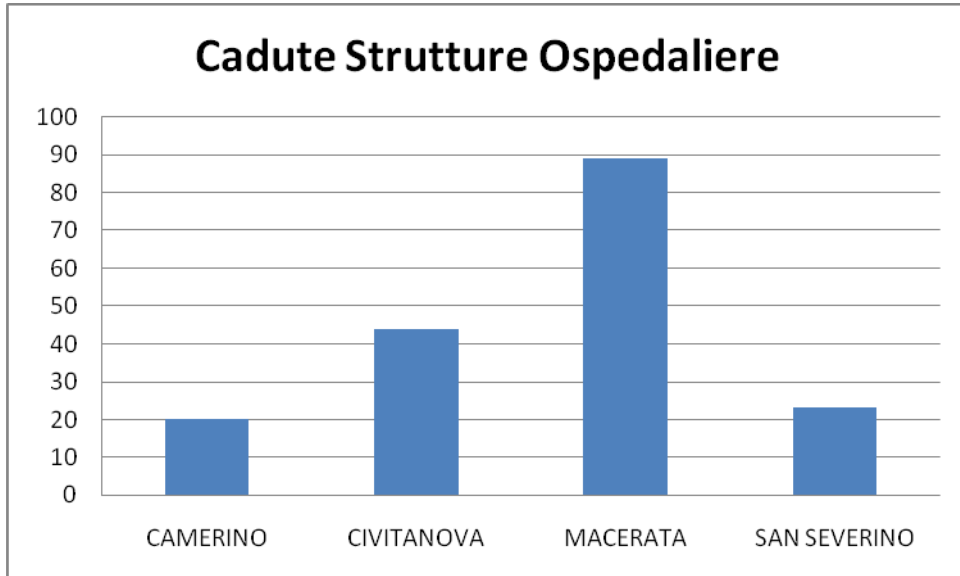
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico

- a. Revisione delle liste operatorie per permettere agli interventi "maggiori" di essere inseriti come primi nella seduta giornaliera
- b. Aumentata la dotazione di farmaci emostatici all'interno delle sale operatorie

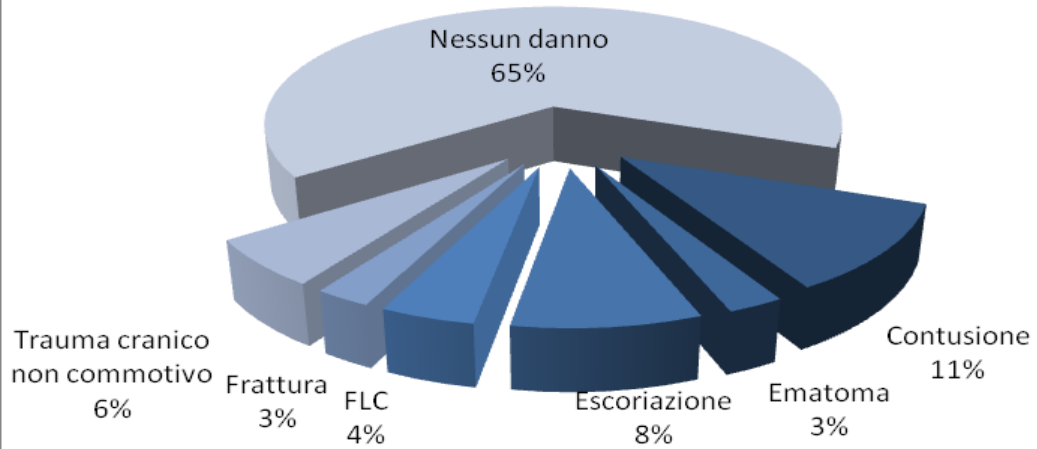
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

- a. Predisposizione di procedura secondo la raccomandazione ministeriale per la prevenzione del suicidio in Ospedale da condividere in Area Vasta per l'anno 2019
- b. Revisione di tutte le finestre della Lungodegenza e della Medicina del PO di San Severino Marche prevista per fine 2019

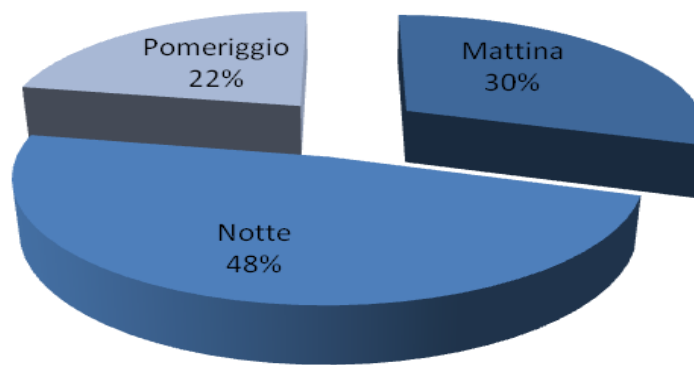
2.2. CADUTE ACCIDENTALI



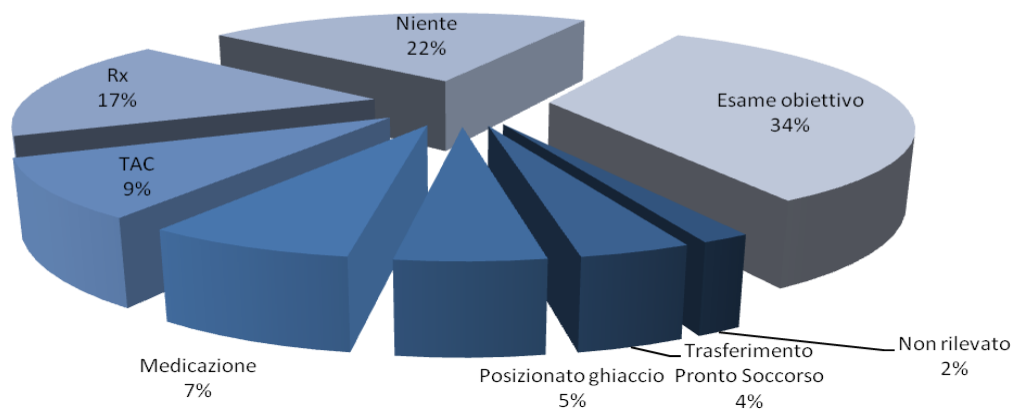
Esiti cadute



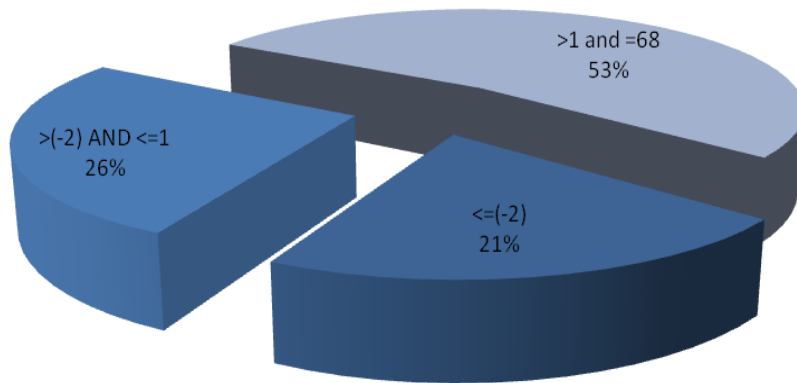
Fascia oraria



Accertamenti richiesti



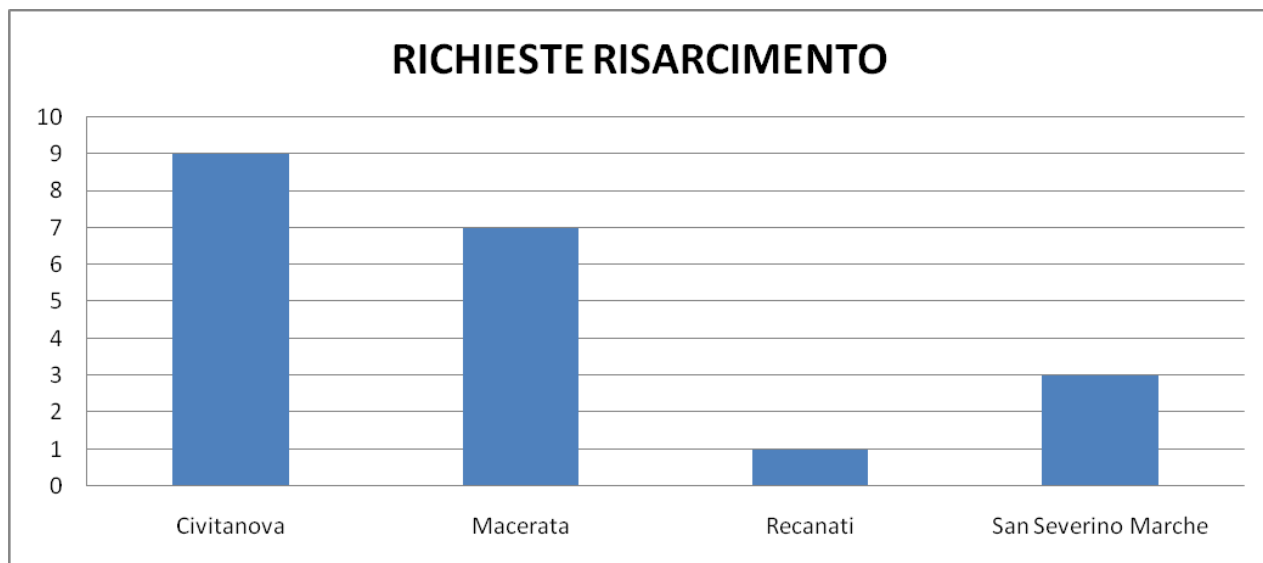
Incidenza evento "caduta" sulla degenza media in base al DRG



2.3. RICHIESTE RISARCIMENTO

In base alla norma 208/2015 articolo 1 comma 539

- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.



3. PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DI ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE FINALIZZATA ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO SANITARIO

3.1. FORMAZIONE 2018

1.1.1. GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN AV3: “SISTEMA DI GESTIONE RISCHIO CLINICO IN AV3

Durante lo svolgimento del corso è stata revisionata parte della documentazione esistente modificandola ed aggiornandola sulla base dell’assetto organizzativo e delle esigenze lavorative attuali, in base a quanto previsto dalla normativa vigente, per renderla un idoneo strumento di lavoro. Alla fine è stata prodotta una scheda unica da utilizzare in Area Vasta relativa alla segnalazione di caduta accidentale.

1.1.2. CONVEGNO “LA SICUREZZA DELLE CURE GARANZIA PER IL CITTADINO, TUTELA PER L’OPERATORE”:

Nel mese di Novembre (09 Novembre) è stato tenuto un corso di formazione su “La sicurezza delle cure garanzia per il cittadino, tutela per l’operatore”. Tale convegno è nato dall’esigenza di informare medici infermieri e personale sanitario delle novità apportate dalla cosiddetta Legge Gelli – Bianco. I relatori intervenuti (Avvocato esperto di giurisprudenza sanitaria, Medico Legale, Responsabile Ufficio Legale e Contenzioso, Direttore di Presidio e medico chirurgo) sono stati invitati ad affrontare i quattro temi principali proposti dalla Legge 24/17:

- sicurezza delle cure e del rischio sanitario;
- responsabilità dell'esercente della professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata;
- modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria;
- obbligo di assicurazione e l'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria

L’obiettivo era quello di cercare di trovare delle possibili risposte a tre quesiti che sembravano difficilmente conciliabili tra loro

- 1) incrementare la tutela dei pazienti;
- 2) tutelare gli operatori sanitari
- 3) limitare la spesa pubblica ed in particolare i costi correlati alla cd. “medicina difensiva”.

3.2. FORMAZIONE 2019

3.2.1. Gruppo di miglioramento: Implementazione Raccomandazione Ministeriale n 8 “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”

3.2.2. Formazione residenziale: Gestione Rischio Clinico in AV3 CORSO BASE

3.2.3. AUDIT CLINICO “Condivisione della presa in carico del paziente di area medica tra specialisti ospedalieri e MMG”

3.3. DOCUMENTI

3.3.1. Nell’ambito dell’attività dell’UOC di Governo Clinico / Rischio Clinico è stato predisposto un Regolamento provvisorio che a seguito della DGR 1093/2018 dovrà essere approvato che prevede la nomina di Referenti Dipartimentali e di Facilitatori per UU. OO.

3.3.2. SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA frutto del lavoro del centro Regionale per la Gestione del Rischio sanitario e la Sicurezza del paziente (DG 1093/2018)