



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

DIREZIONE GENERALE

UNITA' DI STAFF RISK MANAGEMENT E QUALITA'

Relazione periodo 2012- 2022

“Attività di Rischio Clinico”

ai sensi delle legge dell' articolo 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017

INTRODUZIONE

Il rischio clinico può essere definito come la possibilità che un paziente sia vittima di un *evento avverso*, cioè subisca un qualsiasi danno/disagio, *imputabile*, anche se in modo involontario, *alle cure mediche prestate durante il ricovero*. Come conseguenza di ciò, il paziente potrebbe subire un *prolungamento della degenza*, un *peggioramento delle condizioni di salute*, un *danno irreversibile* o, addirittura, *morire*.

Il Risk Management, è l'insieme delle varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori sanitari. Garantire la **sicurezza dei pazienti** è un **dovere** dei professionisti, che a tal fine devono utilizzare tutti gli **strumenti disponibili** per comprendere le **cause di un evento avverso** e mettere in atto i comportamenti/azioni di miglioramento necessari per **evitarne la ripetizione**.

L'AOUP "P. Giaccone" ha promosso già da alcuni anni la Gestione del Rischio Clinico (GRC) quale strumento del governo clinico, nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative (individuazione e valutazione dei rischi, gestione dei processi decisionali e controllo delle procedure), finalizzate alla riduzione degli errori, possa portare numerosi vantaggi tra i quali:

1. aumentare la sicurezza del paziente e contestualmente la tutela degli operatori
2. migliorare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'immagine aziendale e del SSR
3. sviluppare, negli operatori sanitari, la cultura *dell'imparare dagli errori*
4. contenere i costi assicurativi.

L'AOUP negli anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l'analisi ed il contrasto del rischio clinico.

Si è infatti proceduto già a partire dall'anno 2011 ad introdurre in Azienda una procedura Aziendale DSP n.41 del 30/07/2011 e della procedura aziendale nel 2012 la DSP 64 del 16/10/2012 un sistema di incident reporting attraverso il quale gli operatori anche in forma anonima e confidenziale, hanno proceduto a segnalare sia possibili eventi avversi che near miss

Con delibera n.1404 del 21/12/2012 è stata creata una rete di Referenti aziendali per la Formazione, qualità il rischio clinico e la comunicazione

Con nota Prot. n. 105/18 del 07/03/2018 viene richiesto ai Direttori delle UU.OO i nominativi per istituire la rete dei referenti del Rischio Clinico e Qualità composti da un Dirigente Medico, un Infermiere e un Medico Assistente in Formazione (nell' anno 2019 la rete dei Referenti verrà deliberata).

Con nota Prot. n.292/18 del 29/06/2018 è stato istituito un Tavolo tecnico permanente "Patient Safety"

Con Delibera n.1072 del 16/10/2018 Integrazione e sostituzione componenti Comitato Aziendale Rischio Clinico delibera n. 1 del 10.01.2011"- Direzione Sanitaria Di Presidio"

Con Delibera n. 1111 del 15.11.2019 Modifica composizione Comitato Aziendale Valutazione Sinistri e nomina componenti supplenti CAVS"

Accanto al sistema di incident reporting, l'azienda ha anche attivato, in ragione di quanto previsto dal Ministero della salute, il programma per la segnalazione degli eventi sentinella attraverso il quale a partire dall'anno 2010 sono stati segnalati eventi da parte degli operatori sanitari.

I ricercatori di sanità pubblica hanno stabilito che solo il 10-20% degli errori vengono segnalati e, di questi, il 90-95% non causa alcun danno ai pazienti. Gli ospedali hanno pertanto bisogno di un modo più efficace per identificare gli eventi che causano danni ai pazienti, al fine di quantificare il grado e la gravità degli stessi, e per individuare e testare appropriate azioni correttive.

Pertanto al fine di individuare il maggior numero di eventi che hanno causato danni o potenzialmente in grado di causare danno, l'Azienda partecipa, al progetto regionale Global Trigger Tool, metodologia predisposta dall'IHI per la quantificazione degli eventi avversi, per la loro identificazione e per il monitoraggio nel tempo.

La metodologia Global Trigger Tool (GTT) si basa su una revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche ospedaliere per la ricerca di "trigger" (o indizi) finalizzati a identificare possibili eventi avversi, al fine di avviare azioni correttive che siano applicabili, oltre che per il singolo caso a tutto l'ambito aziendale.

1. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2010 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento, utilizzando lo schema di segnalazione riportato nel seguente diagramma di flusso:

Dal momento dell'attivazione del percorso di segnalazione degli eventi sentinella, più volte si è proceduto ad indicare alle Unità Operative le modalità attraverso le quali effettuare la segnalazione stessa attraverso audit o root cause analysis e formazione aziendale degli operatori.

In particolare, dal momento dell'attivazione del flusso, sono stati segnalati :

- 2 casi nel corso dell'anno 2012;
- 4 casi nel corso dell'anno 2013;
- 3 casi nel corso dell'anno 2014;
- 3 casi nel corso dell'anno 2015;
- 1 casi nel corso dell'anno 2016;
- 5 casi nel corso dell'anno 2017 ;
- 3 casi nel corso dell' anno 2018;
- 0 casi nel corso dell' anno 2019;
- 0 casi nel corso dell' anno 2020;
- 1 casi nel corso dell'anno 2021;
- 1casi nel corso dell'anno 2022;

➤ Per l'anno 2022, vi è stata una segnalazioni di Eventi Sentinella

In relazione alla frequenza degli eventi si evidenziano, fino all'31/12/2022:

Eventi Sentinella	
Morte o grave danno per caduta di paziente	23
Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	1
Morte o grave danno da mal funzionamento di Trasporto Interno	1
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	7

Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	2
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	2
Reazione Trasfusionale da incompatibilità ABO	1
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	1
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	3
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia farmacologica	1
Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	1

L' Unità di Staff Risk Management è Qualità ha implementato una serie di procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

DSP n .23- DSP n.74 DSP. N25 misure di sicurezza per i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico

DSP n. 33 Linee guida Criteri per il TRIAGE

DSP n .34 Procedura per il Trasporto Secondario

DSP n. 37 Linee guida trattamento uso e somministrazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, Procedura Modalità di identificazione del paziente prima della trasfusione

DSP n. 99 Linee Guida per garantire la sicurezza Trasfusionale Rev. 1 del 15/10/2020

DSP n. 30 Linee Guida Cadute accidentali

DSP n.85 Linee Guida su assistenza erogata dal nido e dalla neonatologia

DSP n. 59 Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale

DSP n.105 Linee Guida Aziendali del Patient Blood Management

Delibera n 386 del 18.04.2018 “ Presa d’ atto dal protocollo operativo interno dell’ UU.OO ostetricia e Ginecologia e UTIN per la prevenzione della morte e della disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 g non correlata a malattia congenita

DSP n.107 Procedura Aziendale per la Manipolazione delle forme Farmaceutiche orali solide (Raccomandazione Ministeriale n. 19) pubblicata sulla Intranet Aziendale il 28 aprile 2020

N. RMQ 3 Corretta gestione delle situazioni COVID- correlate e dei test diagnostici per COVID-19 Rev. anno 2022

N. RMQ 4 Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Rev. 2022

Sull’ Intranet Aziendale sono disponibili tutte le procedure implementate secondo le raccomandazioni Ministeriali

Dall’ analisi degli eventi registrati nella nostra Azienda sono emerse le seguenti criticità: problemi di comunicazione medico-paziente, problemi di comunicazione fra operatori, insufficiente adesione alle procedure e ai regolamenti adottati dall’Azienda, problematiche logistiche e strutturali.

L’ AOUP in relazione agli eventi segnalati ha posto in essere azioni correttive sui casi comunicati ed in particolare:

- cadute dei pazienti:
 - Acquisto e distribuzione dei letti con i requisiti di sicurezza dei pazienti in tutte le UU.OO;
 - Continuazione dell’attività di formazione e della diffusione delle procedure aziendali, distribuzione di segnali identificativi per i pazienti valutati a rischio caduta (C di legno di colore arancio) distribuzione di un decalogo comportamentale.
- Suicidio:
 - adeguamenti delle strutture; implementazione di n bracciale identificativo dei pazienti valutati a rischi suicidario, (R) in rosso cerchiata nel frontespizio della cartella clinico.

La segnalazione dell'incident reporting avviene in maniera cartacea e trasmessa all' Unità di Staff Risk Management e Qualità :

- 88 casi nel 2012;
- 134 casi nel 2013;
- 57 casi nel 2014;
- 25 casi nel 2015;
- 49 casi nel 2016;
- 23 casi nel 2017;
- 33 casi nel 2018
- 31 casi nel 2019
- 20 casi nel 2020
- 31 casi nel 2021
- 38 casi nel 2022

Alcune di queste segnalazioni sono state inserite nel Flusso SIMES – Eventi Sentinella.

Per i dati relativi ai sinistri in possesso dell' Unità di Staff Risk Management e Qualità verificarsi in azienda catalogati per anno e inseriti nel Flusso SIMES – Denunce Sinistri:

Anno 2013 totale pratiche n. 31

- 6 Decessi
- 25 lesioni personali

Anno 2014 totale pratiche n. 82:

- 22 Decessi
- 60 lesioni personali

Anno 2015 totale pratiche n. 86:

- 22 Decessi
- 42 lesioni personali

Anno 2016 totale pratiche n. 48:

- 14 Decessi
- 34 lesioni personali

Anno 2017 totale pratiche n 53.:

- 16 Decessi
- 37 lesioni personali

Anno 2018 totale pratiche n.52

- 11Decessi
- 41 lesioni personali

Anno 2019 totale pratiche n.33

- 11 Decessi
- 22 lesioni personali

Anno 2020 totale pratiche n.39

- 8 Decessi
- 30 lesioni personali

Anno 2021 totale pratiche n.36

- 14 Decessi
- 22 lesioni personali

Anno 2022 totale pratiche n.31

- 8 Decessi
- 23 lesioni personali

Tali sinistri sono stati divisi per macro aree con le seguenti specifiche:

anno 2014

decessi 22 suddivisi in: 15 in Area Chirurgia e 7 in Area Medica,

Lesioni Personali 60 suddivise in: Area Chirurgica 46, Area Medica 6, Area Tecnica 8;

anno 2015

decessi 22 suddivisi in: 14 in Area Chirurgia e 8 in Area Medica,

Lesioni Personali 42 suddivise in: Area Chirurgica 26, Area Medica 7, Area Tecnica 9;

anno 2016

decessi 14 suddivisi in : 9 in Area Chirurgia e 5 in Area Medica,

Lesioni Personali 34 suddivise in: Area Chirurgica 19, Area Medica 7, Area Tecnica 8;

anno 2017

decessi 16 suddivisi in : 8 in Area Chirurgia e 6 in Area Medica Pronto Soccorso 2

Lesioni Personali 37 suddivise in: Area Chirurgica 17, Area Medica 7, Area Tecnica 11 Pronto Soccorso 2;

anno 2018

decessi 11 suddivisi in : 4 in Area Chirurgia e 7 in Area Medica

Lesioni Personali 41 suddivise in: 24 Area Chirurgica, in 7 Area Medica e 10 in Area Tecnica

anno 2019

decessi 11 suddivisi in : 4 in Area Chirurgia e 7 in Area Medica

Lesioni Personali 22 suddivise in: 11 Area Chirurgica, in 4 Area Medica e 7 in Area Tecnica

anno 2020

Decessi 8 suddivisi in : 4 in Area Chirurgia e 4 in Area Medica

Lesioni Personali 30 suddivise in: 22 Area Chirurgica, in 6 Area Medica e 3 in Area Tecnica

Nello specifico per l' anno 2021 i sinistri pervenuti sono tati catalogati come di seguito riportati:

anno 2021

Lesioni Personali 20 suddivise in: 16 Area Chirurgica, in 2 Area Medica e 2 in Area Tecnica

Decessi 15 suddivisi in : 8 in Area Chirurgia e 7 in Area Medica

Anno 2022

Lesioni personali 23 suddivise in: 14 Area Chirurgica, 6 in Area Medica, 3 in Area Tecnica

Decessi 8 suddivisi in : 5 in Area Chirurgica e 3 Area Medica.

ANNO 2022 LESIONI PERSONALI TOTALE 23

Nello specifico suddivisi in: 14 in Area Chirurgica e 6 in Area Medica 3 in Area Tecnica

In Area Chirurgica:

- 9 errati interventi ;
- 1 errato inquadramento diagnostico
- 1 infezione durante intervento chirurgico
- 1 tardiva diagnosi
- 1 ritenzione materiale chirurgico in cavità
- 1 errata assistenza

In Area Medica:

- 3 errata diagnosi
- 1 infezioni nosocomiali
- 1 caduta + infezione nosocomiale
- 1 errata terapia(modalità di somministrazione)
- 1 atto di violenza a danno degli operatori sanitari

In Area Tecnica:

- 3 cadute accidentali all' interno della AOUP

ANNO 2022 DECESSI TOTALE 8

Nello specifico suddivisi in: 5 in Area Chirurgica e 3 in Area Medica

Area Chirurgica si rilevano :

- 2 errati interventi;
- 1 infezioni nosocomiale
- 1 errore di terapia
- 1 errata diagnosi

Area Medica si rilevano :

- 2 infezione ospedaliera;
- 1 caduta;

Per l'anno 2022- 2023 verranno avviate azioni correttive e audit clinici .