



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**

**DIREZIONE GENERALE**

**U.O.S. RISK MANAGEMENT E QUALITA'**

**Relazione periodo 2012- 2023/2024**

**“Attività di Rischio Clinico”**

*ai sensi della legge 08 marzo 2017, art.5 comma 2*

## 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, a partire dall'anno 2011, ad introdurre in Azienda la procedura Aziendale DSP n.41 del 30/07/2011 e, nel 2012, la procedura Aziendale DSP n.64 del 16/10/2012. L'azienda ha adottato 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.750 del 04/07/2024 è stato istituito il Team Multidisciplinare per il Safety Walk Round (SWR).

Con delibera n.945 del 06/07/2023 e n.1012 del 19/07/2023 è stata istituita la Rete di Referenti Aziendali per il Rischio Clinico e la Qualità

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

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"

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.

## **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 della 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 diagramma di flusso mostrato nella DSP n.41 - Identificazione e analisi dei Near Miss (Allegato 2, pag.11)

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, analisi dei contenziosi, dei reclami a carattere sanitario, controllo di corretta applicazione di procedure aziendali su pratiche cliniche, check-list di sala operatoria e programmazione per la formazione aziendale degli operatori.

In particolare, dal momento dell'attivazione del flusso, sono stati segnalati 37 casi:

- 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 caso nel corso dell'anno 2016;
- 6 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 caso nel corso dell'anno 2021;
- 3 casi nel corso dell'anno 2022;
- 3 casi nel corso dell'anno 2023;
- 8 casi nel corso dell'anno 2024;

Tutti gli eventi sono stati trattati, ove necessario, con azioni di miglioramento e la pianificazione del rispettivo monitoraggio. Inoltre, ove previsto e solo per alcune tipologie di eventi, sono stati inseriti nel portale del Ministero della Salute (flusso SIMES)

In relazione alla frequenza degli eventi si evidenziano, dall'anno 2012 all'anno 2024:

Eventi Sentinella	37
Morte o grave danno per caduta di paziente	2
Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	1
Morte o grave danno da mal funzionamento di Trasporto intraospedaliero o extraospedaliero	1
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	12
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	3
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	5
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia farmacologica	1
Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	7
Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica	1

L'U.O. Risk Management e 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:

#### Linee Guida e Procedure

**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’ U.O. 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

**RMQ n.4** - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Rev. 2024

**RMQ n.10** - Linee Guida sulla Gestione del Paziente Sottoposto ad Intervento Chirurgico

#### Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (in ordine decrescente dal 2024 al 2023)

**PDTA n.11** - Osteonecrosi delle ossa mascellari da farmaci

**PDTA n.10** - Per la gestione dei traumi acuti della mano e dell’arto superiore nei pazienti con età > 14 anni

**PDTA n.9** - Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) per Epatocarcinoma

**PDTA n.8** - Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo alla Sindrome dei tumori eredo-familiari della mammella e/o dell’ovaio (HBOCs)

**PDTA n.7** - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento Neoplasia della Prostata

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.

Negli anni, l'AOUP ha implementato alcune azioni correttive in relazione agli eventi segnalati, 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 un bracciale identificativo dei pazienti valutati a rischio suicidario, (R) in rosso cerchiata nel frontespizio della cartella clinica.

#### **Identificazione dei pazienti:**

E' stato implementato l'uso di braccialetti identificativi attraverso una procedura aziendale che individua le diverse aree (medica, chirurgica, intensive, cardiologica, psichiatria, pronto soccorso, pediatria e ginecologica) divise per colore (DSP/23).

#### **Atti di violenza a danno degli operatori sanitari:**

Sono state affisse le locandine come da Decreto Assessoriale n.1603 del 21 dicembre 2023 "linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche delle regione Sicilia GURS n. del 05gennaio 2024 n.1"

La segnalazione dell'incident reporting avviene in maniera cartacea e trasmessa all'U.O.S. 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;
- 38 casi nel 2023;
- 59 casi nel 2024;

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

Per il biennio 2025 - 2026 verranno avviate azioni correttive e audit clinici.