



S.O.S. Risk Management

## **Relazione annuale consuntiva**

**art. 2, comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24**

**Anno 2017**

### **1. INTRODUZIONE**

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 Struttura Organizzativa Semplice Risk Management dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona nell'anno 2017, nelle modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi.

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. EVENTI SEGNALATI**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (AOR) a partire dal mese di gennaio 2010 ha adottato delle procedure che descrivono nel dettaglio la gestione delle attività di tipo *reattivo* (cioè secondarie a segnalazione) del rischio clinico. In esse sono delineate le modalità di segnalazione e di analisi degli eventi indesiderati.

- Segnalazione degli eventi indesiderati
- Percorso di gestione delle segnalazioni esterne
- Analisi intensiva degli eventi indesiderati

E' attivo dal 2010 un sistema di segnalazione volontaria Web-based residente, accessibile online da qualsiasi PC connesso alla rete aziendale, aperto a qualsiasi operatore. Si desumono da tale sistema di segnalazione volontaria aziendale i seguenti eventi avversi inseriti nell'anno 2017, suddivisi in: sentinella, cadute accidentali, significativi non sentinella.

## 2.1 Eventi sentinella

Nel corso del 2017 è stato segnalato un unico evento rientrante nella fattispecie di cui al c.d. Decreto SIMES riconosciuto quale “Morte o grave danno imprevisto conseguente a intervento chirurgico” e contestualmente inserito sulla maschera ministeriale.

L’analisi dell’evento ha portato a concordare con i professionisti sanitari una serie di misure preventive, selezionate dalle ultime Raccomandazioni OMS, da applicare durante i periodi pre-, intra- e post-operatorio che si sono concretizzate con l’adozione di un bundle aziendale per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

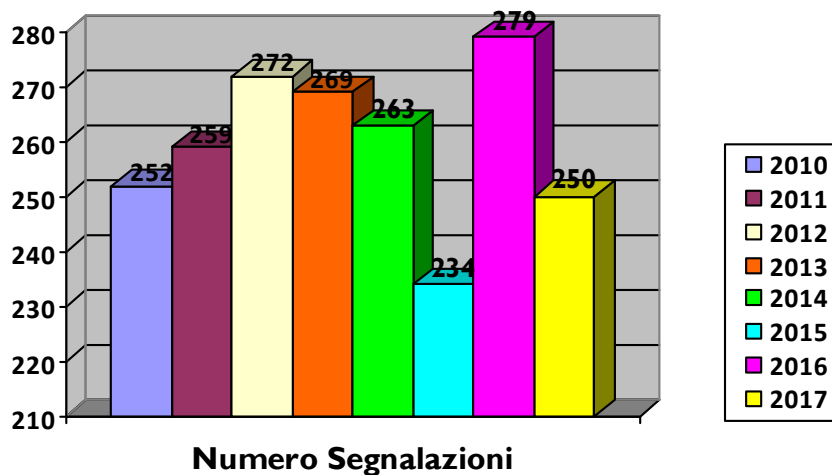
## 2.2 Eventi caduta

Nell’Azienda dal 2010 è attivo un sistema di monitoraggio delle cadute e questo consente una valutazione dell’andamento del fenomeno, che risente della tipologia della casistica trattata. Nel 2017 sono state registrate n. 250 segnalazioni, di cui:

- n. 104 con richiesta di accertamenti
- n. 88 con esito
- 0,71% il n. di cadute sul n. totale di ricoveri anno

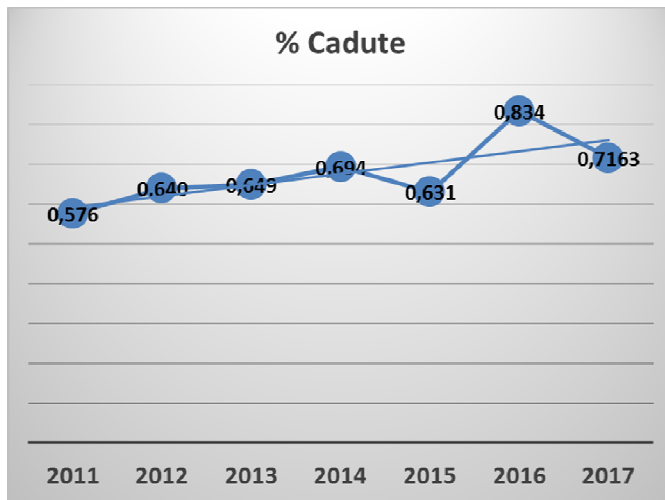
L’andamento nel periodo di monitoraggio 2010-2017 è evidenziato nel grafico 1.

**Grafico 1: Segnalazioni di cadute accidentali (anni 2010-2017)**



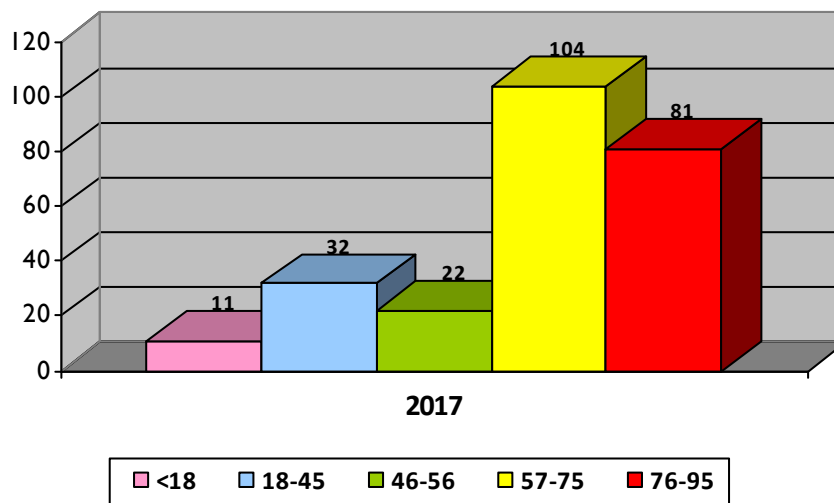
Nel grafico 2 si evidenziano i dati % delle cadute nel periodo 2011-2017.

Grafico 2: N.% pazienti caduti anni 2011-2017 (N. cadute x100/ N. ricoveri anno)

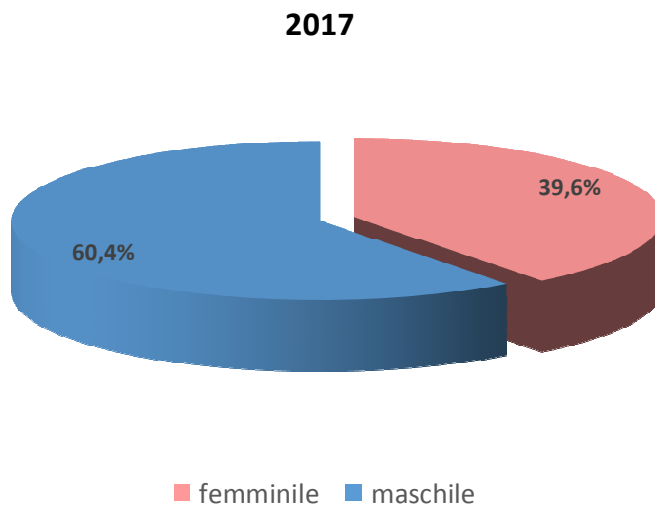


L'età media del paziente è di 65 anni (Grafico 3) e prevale il genere maschile rispetto al femminile (Grafico 4).

Grafico 3: Anno 2017: Classi di età



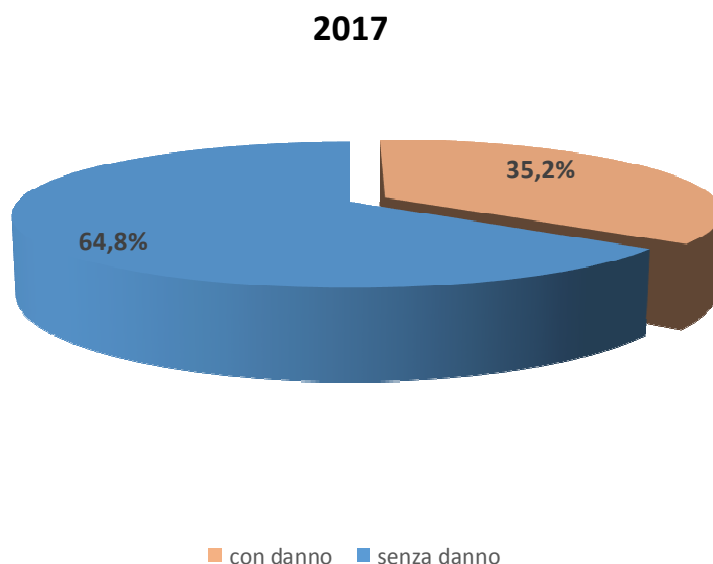
**Grafico 4: Anno 2017: Genere**



Le cadute avvengono principalmente nella stanza di degenza e la dinamica più frequente è lo scivolamento dal letto (con e senza spondine).

Nel grafico 5 si rappresenta l'esito delle cadute nel 2017; il 35,2% delle cadute comporta un danno principalmente rappresentato da contusioni ed escoriazioni in linea peraltro con i dati riportati dalla letteratura di riferimento<sup>1</sup>.

**Grafico 5: Anno 2017: Esito delle cadute**



I dati relativi alla segnalazione delle cadute, pur con il limite di essere sottostimati poiché basati sulle segnalazioni volontarie, rappresentano comunque una opportunità per programmare delle azioni di miglioramento (espressamente previste dalla DGR 1097 del 15/12/2015)<sup>2</sup>.

Ai fini della prevenzione delle cadute è attivo il Protocollo aziendale di prevenzione e gestione della caduta di persona assistita in ospedale revisionato nel 2016.

### 2.3 Eventi significativi non sentinella

Nella seguente tabella (Tab.1) vengono riepilogati i dati segnalati nel 2017 relativi agli eventi significativi non rientranti nella fattispecie di cui al c.d. Decreto SIMES (eventi sentinella) con le relative azioni di miglioramento.

**Tabella 1: Eventi avversi 2017**

N.	CLASSE DI EVENTO	N.	DETTAGLIO	AZIONI ATTIVE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	<b>ERRORI PRE-ANALITICI</b>	2	Difetti vari di accettazione campioni biologici e bioptici	Procedura accettazione campioni	
2	<b>TERAPIA / PROCEDURA ERRATA</b>	15	Difetti vari del processo terapeutico: preparazione – somministrazione	Procedura S.T.U.	Audit sui singoli casi. Formazione / Addestramento del personale.
		2	Difetti di identificazione paziente in procedura terapeutica	Revisione procedura operativa assistenziale	Audit sui singoli casi. Formazione / Addestramento del personale
3	<b>COMPLICANZE E MALFUNZIONAMENTI NELL'UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI</b>	8	Difetti vari di funzionamento ed utilizzo di dispositivi/ attrezzature	Segnalazione obbligatoria di reclamo al Fabbricante o Mandatario o Distributore	Acquisizione (sostituzione/riparazione) di presidi / attrezzature / tecnologie
4	<b>LESIONI DA PRESSIONE</b>	698	N. pazienti con lesioni identificate	Protocollo aziendale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione	Periodico addestramento del personale su protocollo. Aggiornamento e revisione protocollo.
		228	N. pazienti con lesioni sviluppate durante degenza		
		0,65%	Incidenza lesioni da pressione		
5	<b>AGGRESSIONI DI OPERATORI / PAZIENTI</b>	4	Aggressione verbale e/o fisica a Operatori sanitari / Operatori volontari		Audit sui singoli casi.
		1	Aggressione fisica a paziente		
6	<b>SMARRIMENTO PROTESI / AVULSIONI DENTARIE</b>	2	Smarrimento protesi acustica. Avulsione protesi dentaria durante procedura anestesiológica	Procedura gestione Protesi Dentaria ed Acustiche	

### **3. ALTRE ATTIVITA'**

Vengono di seguito descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano maggiormente sugli aspetti pro-attivi della gestione del Rischio Clinico. Nel corso del 2017 si è proceduto ad effettuare una ricognizione delle attività e degli eventi formativi finalizzati alla prevenzione del rischio.

#### **3.1 Formazione**

L'attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel 2017 è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere comportamenti in linea con le raccomandazioni di buona pratica attraverso un feedback sui principali esiti assistenziali (infezioni ospedaliere AVC – CV correlate, Lesioni da pressione e Cadute accidentali)
- migliorare la qualità del processo assistenziale attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati sui principali esiti assistenziali (infezioni ospedaliere AVC – CV correlate, Lesioni da pressione e Cadute accidentali).

Le iniziative formative espletate sono state di tipo Residenziale con metodologia interattiva e Formazione sul Campo (attività di ricerca).

#### **3.2 Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute**

Il Ministero della Salute dal 2005 in poi ha emanato una serie di Raccomandazioni (n. 17) con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e di promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, per favorire il cambiamento del sistema.

Per implementare, nel concreto dei processi lavorativi, i contenuti delle suddette Raccomandazioni, è necessario elaborare per ognuna di esse una specifica procedura e diffonderla agli operatori sanitari monitorando l'efficacia della stessa.

Nel corso del 2017 si è provveduto alla compilazione dei questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di sicurezza individuate dal Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e si è proceduto ad una mappatura delle procedure e disposizioni in essere al fine di avviare un percorso di aggiornamento (Tab. 2).

**Tabella 2: Mappatura delle procedure relative all'applicazione delle raccomandazioni Ministeriali**

	<b>Raccomandazione</b>	<b>Situazione</b>
<b>N. 1</b>	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Presenza di disposizioni
<b>N. 2</b>	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Presenza di disposizioni
<b>N. 3</b>	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Presenza di disposizioni
<b>N. 4</b>	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Necessaria adozione procedura
<b>N. 5</b>	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Presenza procedure DIRMT e procedura operativa.
<b>N. 6</b>	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Presenza di PDTA e indicazioni a livello di singola struttura
<b>N. 7</b>	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Presenza di procedura - Adozione STU
<b>N. 8</b>	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Necessaria adozione procedura
<b>N. 9</b>	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Presenza di procedura operativa
<b>N. 10</b>	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Presenza di procedura
<b>N. 11</b>	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Presenza di disposizione per trasporto neonatale. Necessaria adozione procedura.
<b>N. 12</b>	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Presenza di disposizioni
<b>N. 13</b>	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Presenza di procedura
<b>N. 14</b>	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Presenza di percorso gestione antineoplastici e UFA
<b>N. 15</b>	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Presenza di procedura a livello di singola struttura
<b>N. 16</b>	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Presenza di PDTA e indicazioni a livello di singola struttura
<b>N. 17</b>	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Presenza di disposizioni

---

**Bibliografia**

- <sup>1</sup> La prevenzione delle cadute in ospedale. I quaderni per le campagne per la sicurezza dei pazienti. Regione Toscana, 2011
- <sup>2</sup> DGR 1097 del 15/12/2015: Rischio Clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure. Approvazione di atto di indirizzo alle Aziende del SSR per la Prevenzione delle cadute di persone assistite.