



S.O.S. Risk Management

Relazione annuale consuntiva
art. 2, comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24
Anno 2018

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, in ottemperanza alla predetta norma, verranno esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Struttura Organizzativa Semplice Risk Management dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona nell'anno 2018, secondo le modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi.

Saranno altresì sinteticamente affrontate le altre attività declinate nell'ambito del rischio clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, 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 2018, suddivisi in: sentinella, cadute accidentali, significativi non sentinella.

2.1 Eventi sentinella

Nel corso del 2018 sono stati segnalati n.5 eventi rientranti nella fattispecie di cui al c.d. Decreto SIMES riportati nella tabella 1 con le relative iniziative poste in essere.

Tabella 1: Eventi sentinella anno 2018

N.	Evento	Iniziative poste in essere	
		N. audit	Azioni di miglioramento
1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione di attività di discussione collegiale dei casi clinici. ▪ Definizione di procedura specifica.
2	Violenza su paziente in ospedale	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione attività formativa di aggiornamento sulla prevenzione degli atti di violenza e sulla gestione dei pazienti in stato di agitazione.
3	Atti di violenza a danno di operatore	1	
4	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione attività formativa di rinforzo sulle procedure legate al processo trasfusionale. ▪ Elaborazione protocollo processo trasfusionale.
5	Morte o grave danno per caduta di paziente.	1	Attività di rinforzo delle procedure legate alla prevenzione delle cadute accidentali e della corretta tracciabilità nella documentazione sanitaria.

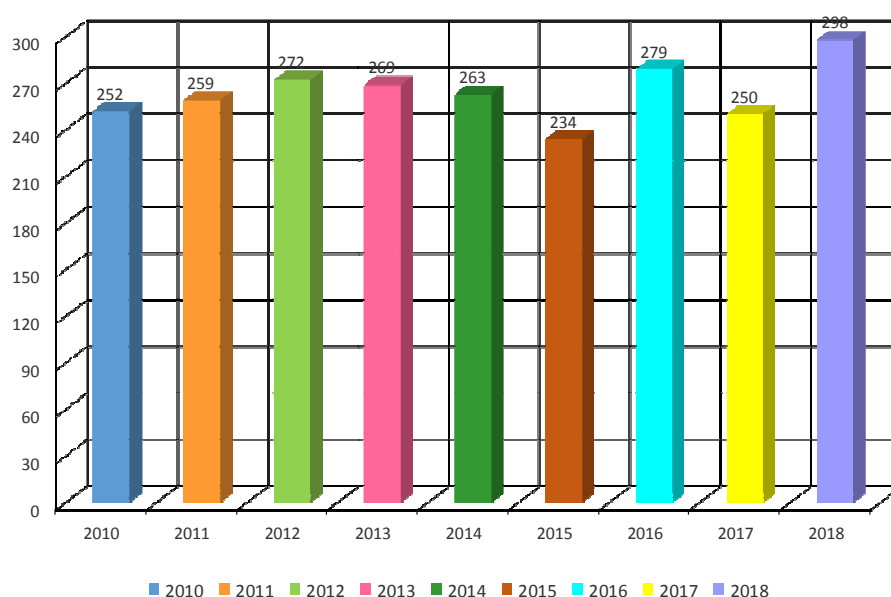
2.2 Eventi caduta

• 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 2018 sono state segnalate n. 298 cadute (0,86% il n. di cadute sul n. totale di ricoveri anno), di cui:

- n. 127 con richiesta di accertamenti
- n. 106 con esito

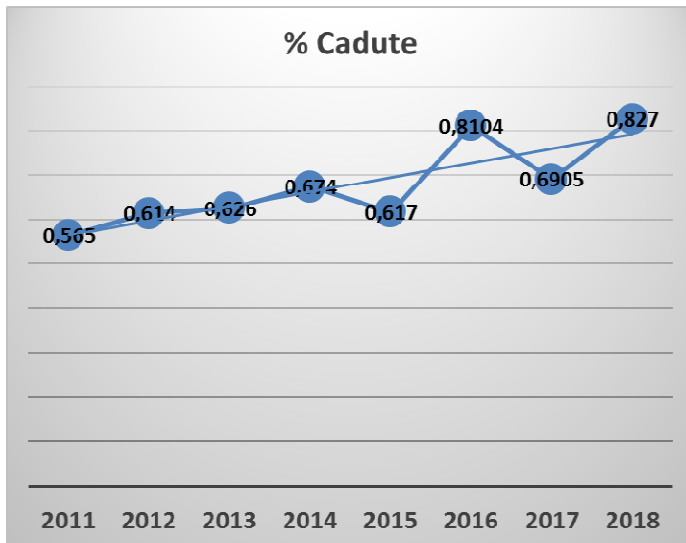
L’andamento nel periodo di monitoraggio 2010-2018 è evidenziato nel grafico 1.

Grafico 1: Segnalazioni di cadute accidentali (anni 2010-2018)



Nel grafico 2 si evidenziano i dati delle cadute rapportati al numero di ricoveri anno nel periodo 2011-2018.

Grafico 2: N.% pazienti caduti anni 2011-2018 (N. cadute x100/ N. ricoveri anno)



L'età media dei pazienti è di 66 anni (Grafico 3) e prevale il genere maschile rispetto al femminile (Grafico 4).

Grafico 3: Classi di età anno 2018

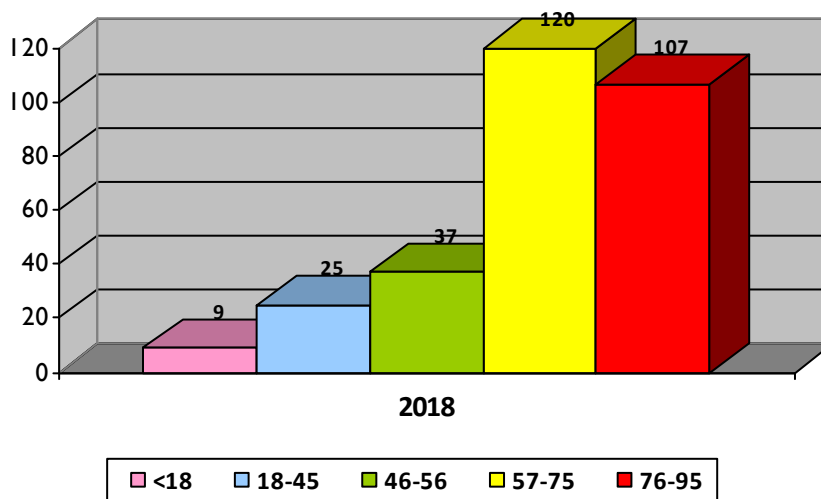
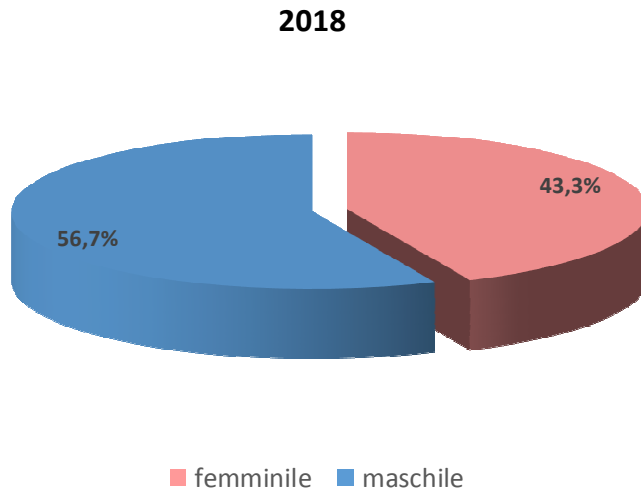


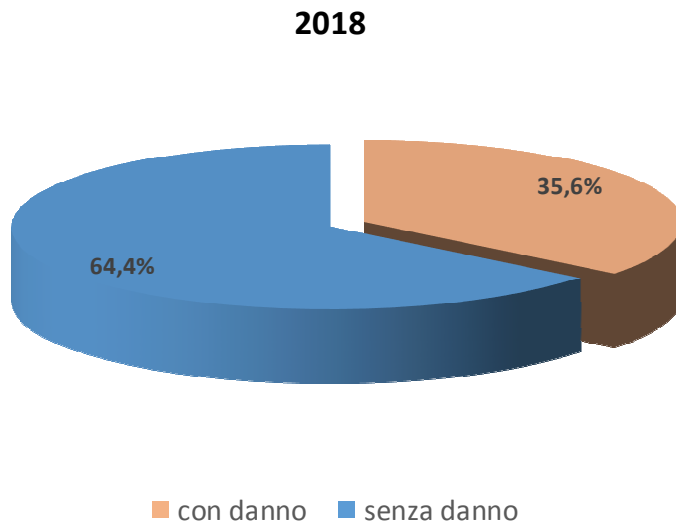
Grafico 4: Genere anno 2018



Le cadute avvengono principalmente nella stanza di degenza e la dinamica più frequente avviene per scivolamento dal letto (con e senza spondine) e durante la deambulazione.

Nel grafico 7 viene rappresentato l'esito delle cadute nel 2018; il 35,6% delle cadute comporta un danno principalmente rappresentato da contusioni ed escoriazioni in linea peraltro con i dati riportati dalla letteratura di riferimento.

Grafico 7: Esito delle cadute anno 2018



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 2018 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 2018

N.	CLASSE DI EVENTO	N.	DETTAGLIO	AZIONI ATTIVE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
1	ERRORI PRE-ANALITICI	1	Difetto di trasporto campione biologico	Procedura trasporto e spedizioni campioni biologici. Formazione periodica del personale.	Formazione del personale.
2	TERAPIA / PROCEDURA ERRATA	5	Difetti vari del processo terapeutico: conservazione, preparazione – somministrazione	Procedura S.T.U.	Formazione / Addestramento del personale.
3	COMPLICANZE E MALFUNZIONAMENTI NELL'UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI	21	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	LESIONI DA PRESSIONE	726	N. pazienti con lesioni identificate	Protocollo aziendale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione.	Periodico addestramento del personale su protocollo. Redazione PDTA paziente con Ferite Difficili.
		250	N. pazienti con lesioni sviluppate durante degenza		
		0,72%	Incidenza lesioni da pressione		
5	AGGRESSIONI DI OPERATORI / PAZIENTI	7	Aggressione verbale e/o fisica a Operatori sanitari / volontari	Protocollo contenzione fisica.	Revisione protocollo di contenzione fisica per degenti adulti in stato di agitazione psicomotoria e/o aggressività.
		1	Aggressione fisica a paziente		Formazione del personale.
6	AVULSIONI DENTARIE	4	Avulsione dentarie/ protesi dentarie durante procedura anestesiológica		
7	PRESTAZIONI E CURE	1	Difetto organizzativo / ambientale in procedura diagnostico-terapeutica		Revisione della programmazione prestazioni sanitarie.

3. ALTRE ATTIVITA'

Vengono di seguito descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano prevalentemente sul versante pro-attivo del rischio clinico. Nel corso del 2018 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 2018 è stata finalizzata a trattare le seguenti tematiche:

N.	Tipologia attività formativa	Titolo/Tematica	N. Edizioni	N. Partecipanti
1	Residenziale	Norme preventive e protettive nella gestione del rischio clinico nel blocco operatorio polispecialistico	2	40
2	Residenziale	Protocolli aziendali per la Qualità delle cure: Igiene delle mani, Microorganismi Multiresistenti in ambito assistenziale, Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Pressione, Prevenzione e Gestione della Caduta di Persona Assistita in Ospedale, Gestione degli Accessi Venosi Centrali e del Catetere Vescicale, Procedura e indicazioni alla Emocoltura.	6	248
3	Residenziale	Monitoraggio e trattamento del Diabete Mellito	4	303
4	Residenziale	Insuline: somministriamo bene e in sicurezza	4	268
5	FSC - Attività di Ricerca	Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico: buone pratiche in tema di antisepsi campo operatorio	2	88
6	FSC - Attività di Ricerca	Buone pratiche ed esiti assistenziali: inserimento e gestione catetere vescicale.	1	29

3.2 Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute

Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato negli anni una serie di Raccomandazioni (n. 18) al fine di mettere in guardia gli operatori riguardo alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, allo scopo di favorire il cambiamento del sistema.

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

La mappatura delle procedure e disposizioni in essere è riportata nella Tabella n. 2.

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

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

N. 18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Necessaria integrazione procedura
--------------	---	-----------------------------------

3.3 Promozione della produzione di procedure

Un elemento rilevante per la promozione della sicurezza delle cure è la promozione delle procedure redatte in collaborazione con gli operatori coinvolti. Nella tabella di seguito riportata sono rappresentate le procedure elaborate e/o aggiornate nel corso del 2018.

N.	Procedura/Protocollo/Istruzione operativa	Elaborazione/Revisione
1	Procedura aziendale per il trattamento dei Dispositivi medici riutilizzabili nelle SOD prima della sterilizzazione	Aprile 2018
2	Procedura di gestione del sistema emergenza interna	Maggio 2018
3	Protocollo di contenzione fisica per degenti adulti in stato di agitazione psicomotoria e/o aggressività	Luglio 2018
4	Processo Trasfusionale	Novembre 2018
5	Gestione terapia insulinica ospedaliera	Novembre 2018
6	Vademecum per l'appropriatezza nella gestione dell'iperglicemia nel paziente ospedalizzato	Novembre 2018
7	PDTA paziente con Ferite Difficili	Dicembre 2018

Nota

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.