

**RELAZIONE CONSUNTIVA**  
**ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24**

**ANNO 2019**

La sicurezza dei pazienti è una componente strutturale dei LEA e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure (Min. Salute).

Il sistema di gestione del rischio clinico è volto sia alla prevenzione degli errori evitabili (attività di prevenzione) che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi (attività di protezione) nella ricerca di un costante miglioramento della qualità. Requisito fondamentale per una corretta gestione del rischio clinico è la promozione della cultura dell'imparare dall'errore, tenendo presente che frequentemente l'errore è il risultato dell'interazione di fattori umani, tecnologici, organizzativi, procedurali e ambientali.

La ASL di Pescara già da diversi anni ha adottato misure per il monitoraggio, l'analisi e la gestione del rischio clinico; nel 2013 ha istituito l'Unità Operativa Semplice denominata "Risk Management" e nel 2018 l'ha trasformata in Unità Operativa Semplice Dipartimentale. Da alcuni anni ha introdotto un sistema di incident reporting cartaceo attraverso il quale gli Operatori, anche in forma anonima e confidenziale, utilizzando schede predefinite, possono segnalare gli eventi sentinella/ eventi avversi/ near miss e nel 2017 ha effettuato una revisione della modulistica; tutta la predetta modulistica è presente nel Sito aziendale (Area interna – Risk Management – Modulistica) ed è facilmente scaricabile ed utilizzabile da parte degli Operatori.

Nel 2019, inoltre, ha deliberato la Procedura aziendale "Segnalazione e gestione degli eventi avversi, dei near misses (quasi errori) e degli eventi sentinella", al fine di sensibilizzare ancora una volta gli Operatori sul tema della sicurezza delle cure e diffondere la cultura dell'"imparare dall'errore".

E' importante sottolineare, tuttavia, che la rilevazione degli eventi avversi non ha finalità epidemiologiche e che le segnalazioni non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi. I dati raccolti sono da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi avversi o quasi eventi) non indica un minore livello di sicurezza e, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza.

Fatta questa necessaria premessa, la presente relazione rappresenta un consuntivo relativamente agli eventi avversi segnalati nel 2019, così come richiesto dall'art. 2, comma 5 della Legge n. 24 del marzo 2017.

➤ **EVENTI SENTINELLA**

In relazione agli eventi sentinella di cui all'elenco del Ministero della Salute, la ASL di Pescara ha adottato tutte le Raccomandazioni ministeriali ed ha implementato procedure aziendali specifiche per la riduzione dei rischi correlati sulla base di quanto suggerito dalle corrispondenti Raccomandazioni. Ogni procedura è stata elaborata da gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici ed è stata condivisa con tutte le figure professionali coinvolte. Le procedure sono

state quindi diffuse a tutti gli Operatori Sanitari e sono consultabili on-line nel sito aziendale - Area Interna Risk Management, unitamente a tutte le 19 Raccomandazioni ministeriali; inoltre le predette procedure vengono periodicamente revisionate e aggiornate.

Le procedure aziendali adottate sono le seguenti:

- Procedura per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCl) ed altre soluzioni concentrate di potassio;
- Procedura per la sicurezza in sala operatoria; adozione della checklist preoperatoria e della checklist chirurgica;
- Procedura per la sicurezza del paziente in sala operatoria (operare il paziente corretto e il sito corretto; preparare e posizionare in modo corretto il paziente; promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria);
- Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Rev. 01);
- Procedura per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella;
- Procedura per prevenzione del rischio di suicidio del paziente in ospedale;
- Procedura diagnostico terapeutica per la prevenzione ed il trattamento dello stravasamento da farmaci antitumorali;
- Procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
- Procedura per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (rev. 01);
- Procedura per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
- Procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike";
- Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia;
- Procedura per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- Procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.

Con riferimento agli eventi sentinella, nel 2019 sono stati segnalati cinque eventi sentinella:

- evento sentinella n. 16 "Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente": n. 2 segnalazioni;

- evento sentinella n. 15 "Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico": n. 1 segnalazione;

- evento sentinella n. 9 "Morte o grave danno per caduta di paziente": n. 2 segnalazione;

Per ogni evento sentinella è stata condotta un'indagine approfondita con gli Operatori sanitari coinvolti al fine di individuare e valutare le cause e i fattori contribuenti, implementare le necessarie azioni di miglioramento e monitorare gli esiti nel tempo.

L'analisi degli eventi denunciati ha evidenziato criticità nella gestione e formazione delle risorse umane; deficit di comunicazione tra Operatori e tra Operatori/pazienti/familiari; adesione non completa alle procedure aziendali.

Le attività correttive e di prevenzione sono consistite in azioni di formazione sul campo per gli Operatori Sanitari delle singole Unità coinvolte, con particolare riferimento alla osservanza delle procedure aziendali esistenti; nel coinvolgimento della Direzione medica e della Direzione strategica per la soluzione dei problemi organizzativi/gestionali; nella revisione/aggiornamento delle procedure aziendali di interesse.

Gli eventi sentinella sono stati inoltre inseriti nel sistema SIMES, così come stabilito dal Protocollo Ministeriale.

## ➤ **EVENTI AVVERSI /NEAR MISSES**

Nel 2019 sono stati segnalati i seguenti eventi avversi/near misses:

- n. 1 segnalazione di procedura diagnostica strumentale in paziente sbagliato senza alcun danno;
- n. 206 segnalazioni di caduta accidentale di paziente, di cui 51 senza alcun danno;
- n. 73 segnalazioni di episodi di aggressione a danno degli Operatori;
- n. 73 near misses relativi a blocchi del sistema Securblood per la trasfusione di sangue; in particolare n. 43 episodi di paziente con doppio bracciale (richiesta fatta con bracciale diverso/cambio bracciale al paziente); n. 10 errori di lettura (lettura di barcode sbagliato o errata lettura del palmare); n. 2 episodi di lettura bracciale posto non al braccio del paziente; n. 11 episodi di lettura di emocomponente dello stesso paziente (in pz con due unità da trasfondere lettura di parte anteriore di una unità e posteriore dell'altra); n. 7 episodi in cui si è cercato di trasfondere un'unità destinata ad altro paziente.

## ➤ **AZIONI CORRETTIVE, DI PREVENZIONE E DI MIGLIORAMENTO**

In seguito alle segnalazioni degli eventi avversi/near miss, la UOSD Risk Management ha messo in atto quanto segue:

- Per la prevenzione delle cadute dei pazienti:
  - ✓ Revisione della Procedura aziendale per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
  - ✓ Realizzazione di un opuscolo informativo per la prevenzione delle cadute costituito da due parti, una da consegnare al paziente/Care Giver e l'altra da allegare in cartella clinica come riscontro dell'avvenuta informazione/consegna;
  - ✓ Segnalazione all'UOC Acquisizione beni e servizi circa la necessità di sostituire, laddove necessario, i letti non regolabili in altezza;
  - ✓ Audit, attività di formazione degli Operatori e retraining sul campo.
- Per la prevenzione delle aggressioni a danno degli Operatori Sanitari:
  - ✓ Elaborazione/implementazione di un Piano aziendale per la prevenzione delle aggressioni a danno degli Operatori;
  - ✓ Revisione della procedura aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;
  - ✓ Affissione del manifesto "lo scelgo il rispetto" in tutte le UU.OO. aziendali per stigmatizzare gli atti di violenza a danno degli Operatori;
  - ✓ Realizzazione di un opuscolo informativo per la prevenzione del comportamento violento e la gestione delle aggressioni con lo scopo di fornire consigli utili agli operatori sanitari che si trovano ad affrontare situazioni di rischio;
  - ✓ Audit, attività di formazione degli Operatori e retraining sul campo.
- Per la prevenzione degli errori trasfusionali:
  - ✓ Audit, attività di formazione e retraining sul campo ribadendo la necessità del rispetto delle procedure ministeriali e aziendali sia al momento di richiesta di emocomponenti che della trasfusione .
- Nel 2019 è stata inoltre elaborata e adottata la procedura aziendale:
  - ✓ "La Contenzione Fisica. Modalità di attuazione e gestione" con l'obiettivo di limitare la discrezionalità nell'utilizzo della contenzione fisica nelle varie UU.OO./Strutture, standardizzare le azioni da attuare e ridurre il ricorso alla contenzione stessa.

## ➤ ATTIVITA' DI FORMAZIONE

La UOSD Risk Management ha organizzato e partecipato ad attività formative rivolte sia ai Referenti per il rischio clinico che a tutti gli altri Operatori Sanitari con lo scopo di sensibilizzare il personale ad una puntuale segnalazione degli eventi avversi/near miss/eventi sentinella e diffondere la cultura dell'apprendere dall'errore oltre allo scopo formativo riguardante la tematica specificatamente trattata.

In particolare sono stati realizzati:

- ✓ il Piano Formativo Aziendale *"Prevenzione del comportamento violento. Gestione delle aggressioni verso gli operatori"* (n. 4 edizioni); lo scopo era quello di aumentare ed accrescere le conoscenze teoriche e migliorare le abilità pratiche per prevenire il fenomeno delle aggressioni e delle minacce sul luogo di lavoro e implementare gli aspetti comportamentali e relazionali con l'utente aggressivo, con particolare riferimento alla Raccomandazione ministeriale n. 8;
  - ✓ il Piano Formativo Aziendale *"Gestione del rischio e sicurezza delle cure"* (n. 8 edizioni); la finalità era quella di veicolare i principi del Risk Management, rammentare l'importanza delle Raccomandazioni ministeriali e delle procedure aziendali per la sicurezza degli Utenti/pazienti e degli Operatori, incoraggiare la segnalazione degli eventi avversi/eventi sentinella/near misses, promuovere la cultura dell'apprendere dagli errori, incoraggiare percorsi di miglioramento e rafforzare le conoscenze sulla responsabilità professionale e sulle novità introdotte dalla Legge Gelli –Bianco;
  - ✓ il Piano Formativo Aziendale *"La gestione del processo trasfusionale: dalla richiesta informatizzata all'utilizzo dei sistemi barriera"*, organizzato dalla UOC di Medicina Trasfusionale, in 16 edizioni, con al quale la UOSD Risk Management ha collaborato; la finalità era ribadire e sottolineare l'importanza di adottare i protocolli, le procedure e le raccomandazioni per la sicurezza della trasfusione e dei pazienti/Operatori.
-