

**RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI
ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
DI TERNI ANNO 2023**

**VERIFICATESI
"SANTA MARIA"**

L'A.O. "S. MARIA" di Terni con 540 posti letto rappresenta il secondo ospedale della regione dell'Umbria ed è ubicata nel territorio del comune di Terni. La missione dell'azienda è quella di concorrere alla promozione ed alla tutela della salute dei cittadini e della collettività, attraverso l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale nell'ambito delle indicazioni dei piani sanitari nazionali e regionali. Oltre a garantire prestazioni di alta complessità, che rappresentano l'elemento caratterizzante di un'azienda ospedaliera, per le quali il bacino di utenza è assai ampio ed oltrepassa tranquillamente i confini dell'amministrazione regionale umbra, essa rappresenta anche l'ospedale di comunità per la popolazione che risiede nel comune di Terni e negli altri comuni limitrofi ed è punto di riferimento dell'Azienda Sanitaria Usl Umbria 2. Costituisce inoltre un ospedale di insegnamento, in virtù dei rapporti da tempo consolidatisi con l'Università degli studi di Perugia, in particolar modo, con la Facoltà di Medicina e di infermieristica.

ATTIVITA' E PRODUZIONE RELATIVI ALL'ANNO' 2023

Dipartimenti (n. 10)

Dipendenti (N. 1719)

Dirigenti medici 379

Infermieri 839

OSS 200

Totale : 1719

Ricoveri (N)

Ordinari 20222

DH/DS 3632

Totale : 23854

Valore attività (euro)

<u>Medio bassa specialità regionale</u>	<u>€ 52.319.384</u>
<u>Alta specialità regionale</u>	<u>€ 24.042.034</u>
<u>Altre regioni</u>	<u>€ 14.680.289</u>
<u>Totale</u>	<u>€ 91.041.707</u>

Attività chirurgica (N)

<u>Elezione</u>	<u>16.463</u>
<u>Urgenza</u>	<u>2.022</u>
<u>Totale</u>	<u>18485</u>

Prestazione ambulatoriali (N)

<u>CUP</u>	<u>1.900.268</u>
<u>Pronto soccorso</u>	<u>316.359</u>
<u>Dialisi</u>	<u>14.567</u>
<u>Totale</u>	<u>2.216.627</u>

Nel contest della Clinical Governance rinforzata dalla legge 24 del 1'8 marzo 2017, ovvero *"disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*, il rischio clinico, inteso come possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio imputabile , anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o morte, è giustamente considerato un indicatore di qualità delle strutture che dispensano salute .

Esso non indica però la competenza o la " fortuna" dei medici bensì l'efficacia dell'unità organizzativa nel raggiungere gli obiettivi di cura.

La Struttura aziendale di gestione del rischio clinico, il cui organigramma è riportato sul sito aziendale nella sezione dedicata al Rischio Clinico , è in staff della direzione Sanitaria. La mission e il programma della struttura di gestione rischio clinico è la creazione e la messa a regime di un vero e proprio "sistema aziendale di gestione del rischio clinico", capace di diffondere capillarmente, grazie ad eventi formativi, una vera cultura della sicurezza e di rendere visibile tutto ciò che giornalmente i

professionisti mettono in atto nel merito, grazie ad un rapporto di fiducia ottenuto giorno dopo giorno con audit clinici, incontri di gruppo ed altri strumenti operativi.

La struttura di risk management segue e supporta metodologicamente il personale anche nell'ottica di una corretta attribuzione delle priorità degli interventi, nonché di sottoporlo a verifica per agevolare un miglioramento continuo dei processi e delle singole azioni.

Questo per:

- 1) Aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente
- 2) Dare sostegno alla attività professionale di tutti gli operatori.
- 3) Ridurre la possibilità di contenzioso tra il paziente e la A.O.
- 4) Migliorare l'immagine aziendale della A.O. e la fiducia del paziente
- 5) Aumentare il feedback con gli operatori

La gestione del rischio clinico è un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che gestionale mediante l'impiego di metodi, strumenti, ed azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza del paziente.

I principali metodi pro-attivi sono:

- FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)
- FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis)

I principali metodi re-attivi sono:

- RCA (Root Cause Analysis)
- Audit
- Audit-SEA
- Sistemi di reporting
- Morbidity & Mortality review
- Il ministero della salute prevede nel sistema SIMES principalmente la RCA e l'audit lasciando comunque aperta la possibilità di utilizzare anche altri metodi. Anche i metodi del rischio clinico devono rispondere a criteri di validità scientifica, di affidabilità e trasferibilità.

La difficoltà maggiore per la gestione del rischio clinico è rappresentata dalla diffusione della cultura del rischio e della sicurezza del paziente, solo tale processo culturale potrà indurre gli operatori sanitari a:

- imparare dall'errore senza temere di essere colpevolizzati, collaborando con la struttura dirigenziale nell'organizzazione e nello sviluppo di un approccio sistemico e sentirsi corresponsabili della sicurezza delle cure erogate
- utilizzare gli strumenti idonei per la prevenzione degli eventi indesiderati
- utilizzare le metodiche più idonee per comunicare gli eventi indesiderati

Solo una volta superate queste barriere culturali, sarà possibile realizzare concretamente un cambiamento poiché un piano aziendale potrebbe essere potenzialmente molto efficace ma poi potrebbe non essere attuato.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLA CURE	
Tipologia	Incident reporting interno ed esterno
Letteratura/normativa di riferimento	<p>DM 2 aprile 2015 n.70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per presidi ospedalieri-GRC).</p> <p>Accordo Stato-regione 19 febbraio 2015(6 criterio: appropriatezza clinica e sicurezza-6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</p> <p>WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning sistem (2006)</p> <p>Delibera del Direttore Generale n 170 del 2.3.2018 “ Il sistema di incident reporting –procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi”</p>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>L’incident Reporting interno è uno strumento per la segnalazione, l’analisi e la valutazione di pericoli o eventi da parte degli operatori. L’obiettivo primario è sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi indesiderati e dei quasi eventi, offrire l’opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall’esperienza. Gli obiettivi secondari sono attivare un processo strutturato di analisi degli eventi per l’identificazione dei fattori contribuenti e determinanti, definire e mettere in atto le azioni correttive e/o preventive per ridurre le situazioni pericolose e la ripetizione di errori o eventi avversi e disporre di dati utili alla definizione del profilo del rischio locale mettendo in luce pericoli e anomalie non identificabili con altri strumenti</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Il totale delle segnalazioni dell’anno 2023 è stato di 290 (rispettivamente 221 cadute accidentali del pz; 13 aggressioni a carico degli operatori sanitari; 36 altro. In 20 casi si è trattato di eventi sentinella.</p> <p>Il 76,2% è rappresentato da cadute</p>

	<p>Il 4,4% è rappresentato da violenza a carico degli operatori sanitari.</p> <p>Il 2,4 % near miss in setting specifici.</p> <p>Nell'1,3 % dei casi si è trattato di segnalazioni proattive.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Le segnalazioni sono state verificate ed analizzate con gli strumenti di valutazione e gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure più idonei, anche con la collaborazione, dei facilitatori per l'hospital risk management (dell'area di interesse del caso) seguiti da atti migliorativi specifici.</p> <p>Per la documentazione sanitaria è stato:</p> <p>Implementato il modulo per la richiesta delle emazie.</p> <p>Attivato il servizio informatico per la implementazione sul sistema JHIS dell'accesso al sistema di refertazione per l'AG</p> <p>Implementato il modulo in uso per il ritiro del referto citologico.</p> <p>Implementata la informativa al consenso ed il modulo del consenso informato in varie UUOO.</p> <p>Per la prevenzione degli eventi avversi in sala parto-operatoria si è proceduto a :</p> <p>Diffusione di nota di promemoria per la compilazione della check list in sala operatoria.</p> <p>Stesura del protocollo per la gestione della sala operatoria covid</p> <p>Attivazione dell'ufficio informatico per la attivazione nel sistema ormaweb della compilazione obbligatoria della check list di sala operatoria</p> <p>Delibera "Aggiornamento procedura l'applicazione in sicurezza della tecnica skin to skin"</p>

	<p>Per la prevenzione degli eventi avversi in farmacia e terapia</p> <p>Implementazione del sistema di identificazione del pz mediante il bracciale elettronico.</p> <p>Predisposizione dei moduli per la gestione delle sacche di emazie non utilizzate nei reparti.</p> <p>Diffusione di promemoria per il rispetto della procedura di riconciliazione farmacologica.</p> <p>Aggiornamento del prontuario farmaceutico interno.</p> <p>Attivazione del Servizio informatico per l'Implementazione della scheda unica di terapia nel sistema JHIS.</p> <p>Informativa sulla conservazione degli emocomponenti.</p> <p>Per la prevenzione degli eventi avversi in area emergenza urgenza</p> <p>Gruppo di lavoro gestione del politrauma</p> <p>Attivazione del Servizio informatico per l'implementazione del software e tecnologie informatiche in sala delle urgenze</p> <p>Deliberazione della procedura per la gestione della emorragia post tonsillectomia</p> <p>Per il miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi assistenziali:</p> <p>Implementazione del percorso di raccolta interna dei pezzi anatomici e corso interno di monitoraggio della attività.</p> <p>Procedura per il monitoraggio del servizio di cucina</p> <p>Attivazione del gruppo di lavoro per il percorso pediatrico dal PS al reparto di Pediatria</p> <p>Delibere multiple sulla organizzazione dei percorsi e controlli presso l'UFA.</p> <p>Attivazione di una check list per la gestione delle dimissioni in alcune UUOO</p> <p>Implementazione del sistema handover in alcune UUOO</p> <p>Attivazione dell'ufficio informatico per la implementazione di alcuni software.</p>
--	---

Aggiornamento della procedura Aziendale “ Gestione degli effetti personali dei pazienti”

Per la prevenzione della violenza a carico degli operatori sanitari e per il benessere nel luogo di lavoro è stato:

Deliberata la procedura per l’assistenza integrativa non sanitaria
Riattivato il posto fisso di polizia con sede presso il PS piano terra

Per la prevenzione e gestione delle ICA

Revisione con la DS delle procedure e dei protocolli Aziendali per tutte le attività correlate al contenimento delle ICA

Implementazione di alcuni software in uso presso il blocco operatorio.

Emanazione della delibera “Strategie Aziendali di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA): determinazioni . Plenaria della DS con i Direttori di struttura per la presentazione della delibera e condivisione degli adempimenti dei responsabili di struttura

Diffusione con nota protocollo con oggetto: riscontro sulle azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA.

Per la diffusione della cultura del rischio e dell’utilità dell’incident reporting è stata:

Diffusa la nota di promemoria per la segnalazione degli eventi sentinella in diverse strutture.

Diffusa la nota di promemoria per la partecipazione agli audit clinici

Effettuata l’analisi di tutti gli incident reporting ricevuti con gli strumenti di analisi del rischio clinico (AUDIT- Audit Sea-RCA ecc).

Effettuata l’analisi dei sinistri eleggibili, aperti nell’anno in corso, con i professionisti interessati e condivisi gli atti migliorativi.

Per la formazione degli operatori sanitari

Corso di formazione interno per la corretta gestione dei pezzi anatomici

Corso informativo e formativo sulla procedura aziendale della tecnica skin to skin

Incontro informativo e formativo sul percorso di consegna dei pezzi anatomici

Incontro informativo e formativo sulla procedura aziendale per la gestione dei casi di violenza sessuale e/o di genere

Corso di formazione “ Risk Hospital Management n 11407-88” rivolto ai facilitatori individuati sia per la componente medica sia per le professioni sanitarie.

Evento formativo sulla comunicazione efficace e legge n. 219 del 2017. (C6389 –E7445)

Corso di formazione “Referto all’autorità giudiziaria, implicazioni sanitarie” (Corso n. C5302- E6207)

Corso di formazione sulla sepsi ed ICA (C6424 – E7609)

Corso. Benessere organizzativo. Prevenzione dello stress lavoro correlato.

Corso - Processi comunitari e comunicazione non violenta nel contesto penitenziario. “Pensare insieme invece di ritenersi in possesso della verità”

Corso -Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari" (Corso accreditato ECM in FAD Sincrona) e corsi specifici a livello aziendale

Diffusione web e social dell'evento formativo "Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari" del 9 marzo 2023. Diffusione della campagna di sensibilizzazione del Ministero della Salute, #laviolenzanoncura attraverso l'affissione delle locandine cartacee nelle strutture sanitarie delle aziende regionali e la pubblicazione sui siti web istituzionali

Risultati ottenuti	A seguito della condivisione delle attività con tutti i professionisti coinvolti sta progressivamente aumentando la consapevolezza della cultura del rischio e della sicurezza delle cure ed il conseguente progressivo aumento del numero delle segnalazioni interne e la partecipazione degli operatori sanitari alla attività della struttura per la gestione del rischio clinico.

I risultati ottenuti nell'anno 2023 grazie alla sensibilizzazione degli operatori sulla importanza della sicurezza delle cure sono certamente indicativi di un miglioramento; rimane però indispensabile la continua collaborazione con gli operatori per la diffusione della cultura del rischio sanitario e la consapevolezza di imparare dall'errore per il miglioramento delle cure, con il progressivo coinvolgimento in tale processo anche dei rappresentanti delle associazioni cittadine

Dr.ssa Moira Urbani

Responsabile f.f SSD Risk management