



**Provincia Lombardo Veneta
Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli**

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA
SUGLI EVENTI AVVERSI E
SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO
(ART. 2.5 L. 24 MARZO 2017 N. 24)**

Anno 2019/2020

Sommario

1.	Introduzione	1
2.	Contesto di riferimento	2
3.	Organizzazione aziendale per il rischio clinico	4
4.	Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico. Biennio 2019 – 2020	5
5.	Fonti informative per la sicurezza delle cure	6
5.1.	<i>Incident reporting</i>	7
5.2.	<i>Caduta accidentale</i>	11
5.3.	<i>Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure</i>	13
5.4.	<i>Le azioni correttive e i progetti di miglioramento</i>	13
6.	Conclusioni	17

1. Introduzione

La gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure sono obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale e componenti strutturali dei LEA.

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, conosciuta come Legge Gelli – Bianco e rubricata “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata sul sito internet.

La Legge si pone in continuità con l’indirizzo normativo già tracciato dalla Legge 28 dicembre 2015 n. 208 che ha disposto l’attivazione obbligatoria, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, di una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi dei possibili determinanti utile alla messa in sicurezza delle prestazioni.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’*Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità* identifica gli accadimenti di interesse per la relazione annuale consuntiva, comprendendo tutti gli incidenti correlati alla sicurezza delle cure, siano essi causativi di un danno (eventi avversi) ovvero eventi senza danno ed infine i cosiddetti “quasi eventi” o near miss (ovvero eventi che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Il combinato disposto delle previsioni normative restituisce un quadro complessivo nel quale l’impegno per la sicurezza delle cure deve declinarsi non solo nella rilevazione degli eventi avversi, ma anche nella propensione alla misurazione della sicurezza e all’utilizzo funzionale ed integrato delle fonti informative da cui attingere gli indicatori utili per mappare il rischio e rilevare le aree di criticità.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Su questi presupposti la presente relazione riporta gli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure e descrive le azioni poste in atto per evitarne il riaccadimento e per aumentare in livello di sicurezza dell'organizzazione sanitaria nella prospettiva della prevenzione e del miglioramento delle prestazioni e dei percorsi.

La relazione, redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 201, si riferisce al periodo dal gennaio 2019 al giugno 2020. I dati riportati sono di tipo aggregato e fotografano la realtà complessiva di Centri e Presidi Fatebenefratelli che afferiscono alla Provincia Lombardo Veneta. In accordo con le linee di indirizzo espresse dalla Commissione Salute nell'ambito della Conferenza delle Regioni si è privilegiata una rappresentazione qualitativa dei dati per documentare l'impegno dell'Organizzazione per la sicurezza delle cure.

2. Contesto di riferimento

La Provincia Lombardo Veneta (PLV) è un ente ecclesiastico giuridicamente riconosciuto di proprietà dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio detto dei Fatebenefratelli.

La Mission della PLV è l'Ospitalità che si esplicita nell'impegno a garantire una assistenza integrale alla persona attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute, cura e riabilitazione.

Alla PLV fanno capo 9 strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate con il SSN e dislocate in quattro regioni del Nord Italia - Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Per meglio comprendere il profilo di rischio aziendale e la complessità organizzativa occorre inquadrare il contesto in cui le Strutture Fatebenefratelli erogano i propri servizi, con riferimento particolare all'offerta assistenziale e alla presenza sul territorio.

Le strutture PLV operano in quattro aree assistenziali: area ospedaliera, area della riabilitazione, area residenziale e area psichiatrica.

I Centri/Presidi sono integrati nella rete d'offerta dei Servizi sanitari Regionali.

Nell'anno 2019 il numero dei ricoveri nell'intera Provincia è stato di 12.882 mentre il numero complessivo delle giornate di degenza è risultato pari a 725.231.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

L'offerta di servizi e prestazioni erogati nelle strutture afferenti alla PLV è sintetizzata nel prospetto che segue:

<p>OSPEDALE SACRA FAMIGLIA - Erba (CO)</p> <p>Ospedale generale classificato accreditato e a contratto con Regione Lombardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina - Chirurgia - Cardiologia - Ortopedia - Ostetricia - Ginecologia - Pediatria - Riabilitazione specialistica - Pronto Soccorso - Terapia Intensiva - Recupero e riabilitazione funzionale - Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale
<p>IRCSS CENTRO S.GIOVANNI DI DIO - Brescia</p> <p>Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per la riabilitazione psichiatrica e la malattia di Alzheimer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione Ospedaliera Alzheimer e Psichiatrica, Comunità protette psichiatriche ad alta e media intensità assistenziale - Centri Diurni - Ricerca applicata - Specialistica ambulatoriale • Comunità La Celeste
<p>SAN RAFFAELE ARCANGELO - Venezia</p> <p>Ospedale Provinciale specializzato ad indirizzo Medico Riabilitativo accreditato e a contratto con Regione Veneto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residenza Sanitaria Distrettuale - Centro Servizi - Stati Vegetativi - Riabilitazione funzionale - Hospice - Recupero e riabilitazione funzionale - Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale
<p>B.V. CONSOLATA - S.Maurizio Canavese (TO)</p> <p>Presidio Ospedaliero Riabilitativo convenzionato con Regione Piemonte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione Alzheimer - Medicina Fisica Riabilitativa - Medicina Neuro Motoria - Riabilitazione Alcol/farmaci - Lungodegenze forense - Riabilitazione in DH: Alzheimer e Funzionale - Riabilitazione Psichiatrica (Comunità) - REMS - Recupero e riabilitazione funzionale - Specialistica ambulatoriale
<p>SAN CARLO BORROMEO - Solbiata (CO)</p> <p>Residenza Sanitaria Assistenziale accreditata ed a contratto con Regione Lombardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e socio-sanitaria
<p>VILLA SAN GIUSTO - Gorizia</p> <p>Casa di riposo accreditata con Regione F.V.G.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e socio-sanitaria
<p>SAN PIO X - Romano d'Ezzelino (VI)</p> <p>Casa di riposo accreditata ed a contratto con Regione Veneto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e socio-sanitaria
<p>CENTRO S.AMBROGIO Carnusco s/N (MI)</p> <p>Centro di Riabilitazione psichiatrica e psicomotoria accreditato ed a contratto con Regione Lombardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità residenziali riabilitative assistenziali - Comunità protette - CRA disturbi alimentari - Centro Diurno - Monospecialistica ambulatoriale
<p>CENTRO SACRO CUORE DI GESÙ - S. Colombano</p> <p>Riabilitazione psichiatrica e per disabili psichici accreditato ed a contratto con Regione Lombardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità residenziali riabilitative assistenziali - Servizio - Formazione all'autonomia - Centro Socio Educativo - Centro Diurno - Residenza sanitaria per Disabili psichici

3. Organizzazione aziendale per il rischio clinico

Il modello di governance del rischio clinico nella PLV prevede un'articolazione organizzativa così strutturata.

A livello di amministrazione centrale della Provincia operano/sono costituiti:

- ⊕ una Unità di Gestione Rischio Aziendale (UGRA) a livello centrale
- ⊕ il Risk Manager Aziendale (RMA)
- ⊕ il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS)

A livello di Centro/Presidio locale operano/sono costituiti:

- ⊕ una Unità di Gestione Rischio (UGR)
- ⊕ un Referente Risk (RR)

L'UGRA ha una funzione di indirizzo e coordinamento delle Unità di Gestione Rischio locali (UGR). In particolare definisce le linee guida e la politica aziendale per il rischio clinico; formula gli obiettivi strategici; pianifica le attività e monitora l'attuazione delle progettualità; promuove la gestione in rete del rischio clinico. Sono membri dell'UGRA: il Direttore Sanitario Aziendale e il RMA.

Le UGR a livello locale si occupano dell'attuazione di progettualità di prevenzione e gestione del rischio clinico e garantiscono l'implementazione del sistema aziendale di incident reporting, compresa l'adozione delle azioni correttive e di miglioramento che conseguono all'analisi delle segnalazioni di errore/evento avverso. Sono membri stabili dell'UGR: il Direttore Medico di Presidio, il/i referenti risk, il Comitato delle Infezioni Ospedaliere, altri membri designati dai Centri/Presidi.

A livello centrale è istituito il Comitato di Valutazione Sinistri con funzioni di valutazione e gestione dei sinistri e del contenzioso, comprese le proposte di ristoro del paziente e di definizione stragiudiziale e la costituzione in giudizio.

4. Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico. Biennio 2019 – 2020

Il Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico rappresenta il principale atto istituzionale con il quale l’Azienda assume un preciso impegno declinando l’assetto organizzativo per il risk management, individuando le fonti informative di ingresso per la definizione delle linee strategiche ed operative ed infine esplicitando il piano programma delle attività, articolato in obiettivi prioritari di intervento ed azioni di miglioramento per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il Piano programma per il biennio 2019 – 2020 si articola in quattro obiettivi:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- Favorire e migliorare la comunicazione nella relazione di cura e ricercare l’alleanza con il paziente nella prevenzione degli eventi avversi
- Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate; al monitoraggio/contenimento degli eventi avversi e all’adempimento delle LG nazionali e regionali
- Promuovere la conoscenza del profilo di rischio aziendale attraverso la mappatura dei percorsi clinico – assistenziali – riabilitativi.

Ogni obiettivo è declinato in linee di attività e/o in progettualità operative per le quali sono definiti il dettaglio delle azioni, le funzioni e strutture coinvolte, la matrice di responsabilità e gli indicatori di misurazione.

Il Piano, che ha validità biennale (eventualmente prorogabile), è integrato con le previsioni dei diversi Servizi Sanitari Regionali per dare attuazione ai Piani Regionali di risk management.

L’attuazione del Piano per l’anno 2020 è stata parzialmente “congelata” dalla gestione dell’emergenza sanitaria correlata alla pandemia da COVID – 19 che ha travolto i sistemi sanitari e socio sanitari di tutto il mondo richiedendo una rapida riorganizzazione dei percorsi

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

di cura, modifiche anche strutturali degli ambienti, l'attivazione immediata di protocolli igienici e di misure di contenimento del rischio infettivo, la completa revisione del Piano d'offerta con la sospensione dei ricoveri e prestazioni non urgenti e in regime elettivo.

L'emergenza COVID -19 ha messo in evidenza la stretta correlazione tra sicurezza degli operatori sanitari e sicurezza dei pazienti suggerendo l'opportunità di adottare strategie multicanale e integrate per migliorare la sicurezza dei sistemi sanitari e di investire nella sicurezza degli operatori sanitari come priorità per garantire migliore sicurezza ai pazienti.

5. Fonti informative per la sicurezza delle cure

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure utilizza i dati sui rischi e sugli eventi avversi rilevati attraverso le fonti informative disponibili nell'Organizzazione:

- Incident reporting
- Segnalazioni di caduta accidentale
- Segnalazione di eventi sentinella – SIMES
- Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza delle cure
- Infezioni correlate all'assistenza
- Emovigilanza
- Farmacovigilanza
- Monitoraggio reclami URP con rilevanza per il rischio clinico
- Analisi delle cartelle cliniche

Le suddette fonti informative si basano su specifici sistemi di segnalazione, ognuno dei quali costituisce una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati. Il monitoraggio delle fonti informative in ingresso, insieme alla conoscenza quantitativa degli eventi indesiderati, dei relativi livelli di gravità ed esito e dei possibili esiti di danno, rappresentano la base metodologica per orientare la programmazione degli interventi correttivi e preventivi in modo coerente con le criticità ed il fabbisogno aziendale. Grande importanza nel sistema complessivo delle fonti è riservata all'attuazione degli indirizzi del Ministero e di Agenas espressi con le raccomandazioni e le buone pratiche per la sicurezza delle cure.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Occorre premettere che, rispetto alla quantificazione degli eventi avversi, è complesso determinare se l'aumento degli eventi avversi identificati rappresenti un peggioramento nella performance dell'organizzazione sanitaria o un miglioramento nella capacità di intercettare e rilevare gli eventi. Infatti, ad un investimento nel miglioramento della sicurezza dei pazienti può corrispondere un aumento del numero di eventi avversi registrati, soprattutto nel breve periodo. Questo non deve tuttavia essere interpretato necessariamente come suggestivo di un deterioramento nella qualità delle cure bensì può essere l'effetto di una aumentata consapevolezza e trasparenza all'interno dell'organizzazione.

Di seguito si riporta il dettaglio delle fonti informative che maggiormente influenzano l'azione reattiva e proattiva di gestione e monitoraggio dei rischi con l'indicazione delle principali azioni correttive e di miglioramento implementate (Cfr. 5.5).

5.1. Incident reporting

I sistemi di reporting sono metodi di identificazione del rischio clinico che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso/dell'errore per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti al fine di intervenire con azioni correttive o misure preventive che riducano la probabilità di nuovo accadimento.

L'avvio di un sistema strutturato di segnalazione dell'errore consente di delineare il profilo qualitativo del rischio in azienda (numerosità degli eventi avversi, tipologia e fattori determinanti); coinvolge tutti gli operatori sanitari contribuendo allo sviluppo di una cultura organizzativa sensibile alla prevenzione dell'errore; focalizza l'attenzione anche su eventi che non hanno prodotto un danno ma che evidenziano criticità; permette la standardizzazione degli eventi in categorie e item che possono essere sottoposti ad analisi statistica.

La Provincia ha portato a sistema questa metodologia di segnalazione su base volontaria ed anonima a partire dal 2013 con l'adozione di una scheda informatizzata e di una piattaforma dedicate. Il sistema è entrato a regime in tutti i Centri nel 2015.

Poiché le segnalazioni di evento avverso o evitato non sono obbligatorie, i dati dell'incident reporting non rappresentano un indicatore specifico di rischio bensì un indicatore del livello

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

di diffusione della cultura della sicurezza nell'organizzazione sanitaria. Ne consegue che l'incident reporting non può avere finalità epidemiologiche per la stima dell'incidenza o della prevalenza degli eventi. In altri termini, un elevato numero di segnalazioni non indica un minore livello di sicurezza e, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a una minore esposizione al rischio. Al contrario un basso numero di segnalazioni potrebbe suggerire un livello insufficiente di percezione del rischio o una bassa compliance al sistema di reporting; analogamente un alto numero di segnalazioni può essere riconducibile ad un livello alto di attenzione nell'identificazione di quel particolare tipo di rischio correlato alle prestazioni sanitarie. La raccolta sistematica delle informazioni sugli eventi e sui near miss è importante perché consente di creare "massa critica" necessaria per l'identificazione dei rischi attuali e/o potenziali all'interno dell'organizzazione.

Dall'avvio del sistema fino al giugno 2020 sono state inserite nella banca dati oltre 5.000 segnalazioni di errore, evento avverso, near miss ed evento sentinella con un trend complessivo in crescita, mentre la distribuzione delle segnalazioni nelle singole strutture è disomogenea con importanti variabilità. Oltre il 95% delle segnalazioni totali proviene dalle strutture che fanno capo alla rete d'offerta degli ospedali e dei servizi psichiatrici. La diffusione della segnalazione nelle RSA è invece più limitata sebbene con un trend in aumento (cfr. grafico che segue).



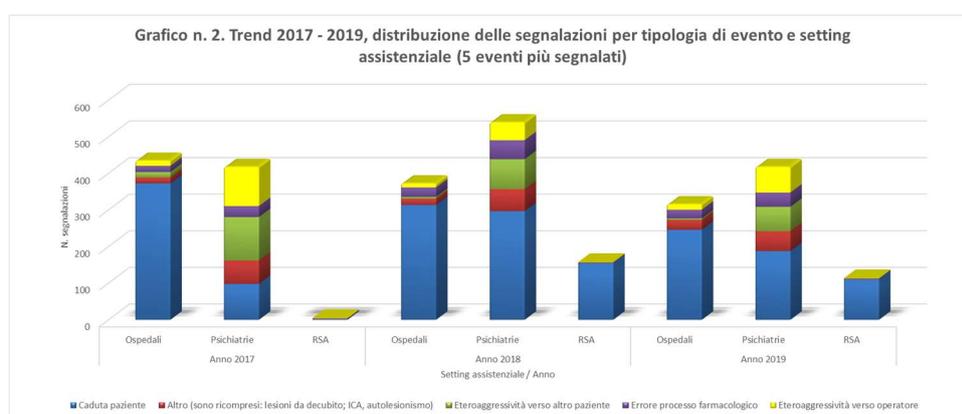
Il numero delle segnalazioni notificate sulla piattaforma web nell'ultima annualità, ovvero luglio 2019 – giugno 2020 è pari a 1235.

Rapportando il numero assoluto delle segnalazioni con il numero delle giornate di degenza ($n. \text{ segnalazioni} / n. \text{ GG degenza} * 1000$) si ottiene un indicatore che rappresenta la "densità" di segnalazione e fornisce indicazioni utili rispetto alla diffusione dello strumento in azienda.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nel 2019 il numero delle segnalazioni è stato di 2,2 ogni 1000 giornate di degenza per gli Ospedali e di 1,1 ogni 1000 per le Psichiatrie.

La tipologia di evento maggiormente segnalata in tutte le strutture della PLV è la caduta accidentale con una percentuale sul totale complessivo pari al 56%. Questo dato è rimasto pressochè costante nel triennio 2017 – 2019 come evidenziato nel grafico che segue che riporta un’analisi di tendenza della distribuzione delle segnalazioni per tipologia di evento e per setting assistenziale.



Le altre aree critiche che, unitamente alle cadute accidentale, coprono oltre il 90% delle segnalazioni sono rappresentate da:

- (i) *eteroaggressività del paziente verso altro paziente e del paziente verso operatore sanitario (18%);*
- (ii) *“altro”, cui afferisce il rischio infettivo (9%);*
- (iii) *processo farmacologico (6%);*
- (iv) *identificazione e gestione del paziente (3%).*

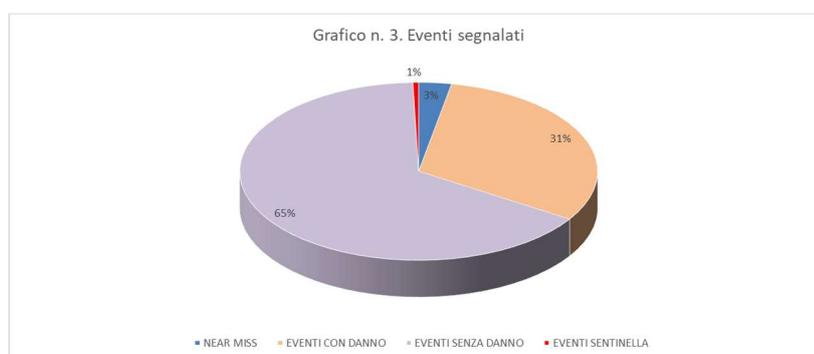
L’elevata percentuale di segnalazione di eventi aggressivi è da leggersi in correlazione con la tipologia di pazienti assistiti. Infatti la quasi totalità di queste segnalazioni proviene dai setting di riabilitazione psichiatrica e, in misura residuale, dalle RSA. La segnalazione di errori del processo farmacologico e di identificazione del paziente è rimasta stabile nell’annualità

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

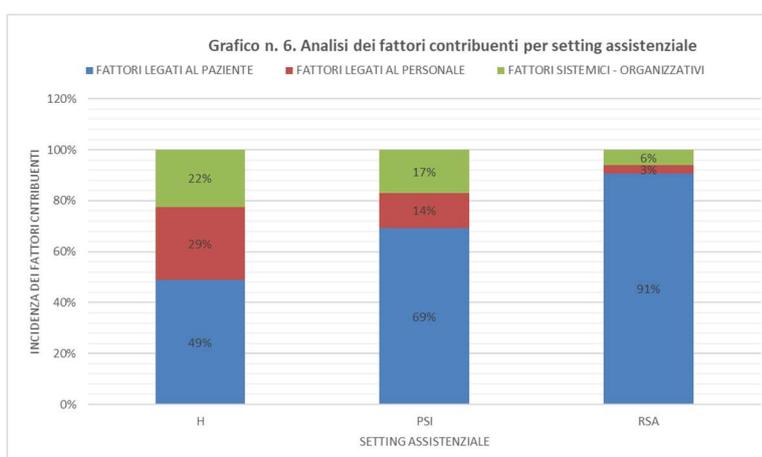
2019-2020; gli eventi sentinella rappresentano meno dell'1% delle segnalazioni. Non sono stati segnalati eventi sentinella nell'annualità oggetto della presente relazione.

Un ulteriore livello di analisi è rappresentato dagli esiti di danno, minore o maggiore, conseguente ad un evento avverso o ad un errore. Come si evince dal grafico che segue (totale delle segnalazioni a sistema), il 65% degli eventi segnalati non ha prodotto danno alcuno; gli eventi con danno rappresentano invece il 31% del totale; 3% è la percentuale dei near miss.

L'elaborazione dati complessiva è sovrapponibile al dato limitato al periodo luglio 2019 – giugno 2020.



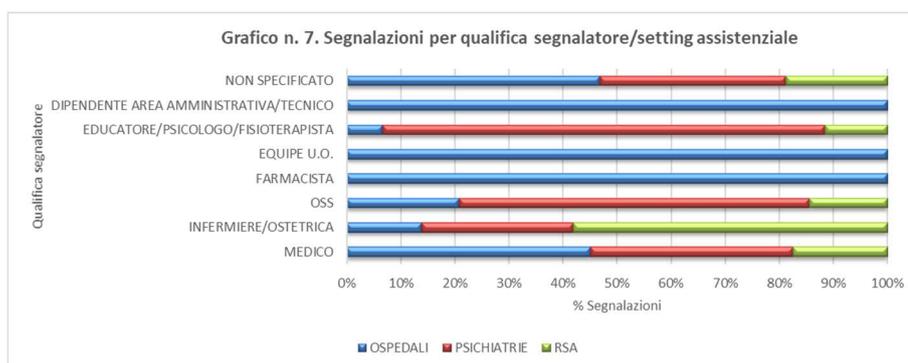
Il grafico che segue evidenzia, invece, la diversa incidenza dei fattori legati al paziente, al personale e sistemico organizzativi nella determinazione dell'evento o dell'errore che è stato segnalato (dati complessivi della PLV).



RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Tutte le segnalazioni sono analizzate dal RMA e dai RR. Le azioni correttive decise ed implementate a seguito dell'analisi sono riportate al paragrafo 5.4.

Tutti gli operatori sanitari, medici e non medici, sono abilitati all'utilizzo della scheda informatizzata di segnalazione. Il grafico rappresenta la partecipazione delle diverse figure professionali al sistema (dati complessivi PLV).

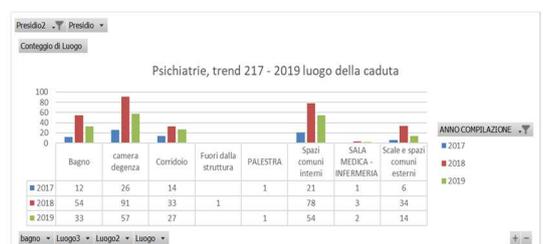
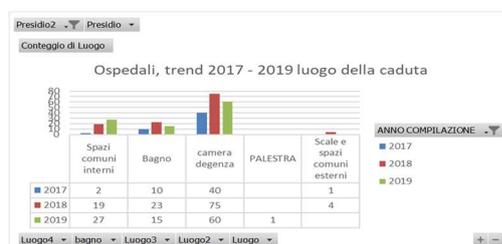
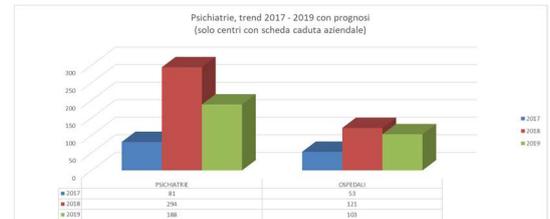
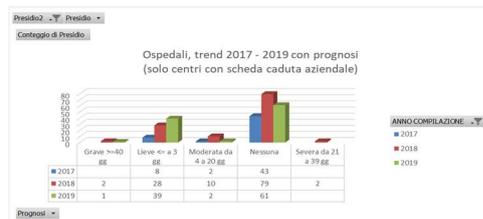
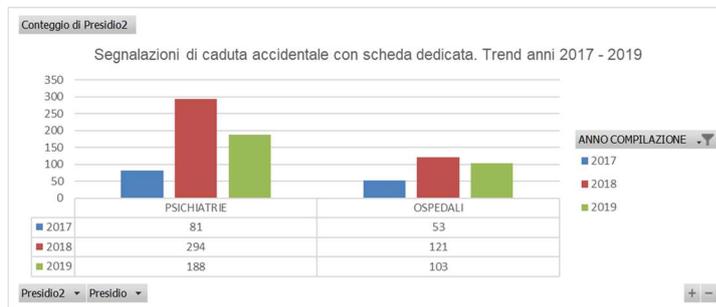


5.2. Caduta accidentale

Il sistema di segnalazione delle cadute accidentali ha registrato negli anni una adesione capillare degli operatori sanitari. In alcuni Centri/Presidi della PLV è in uso una scheda di segnalazione informatizzata specifica per gli eventi di caduta accidentale che coinvolgono i pazienti ricoverati e/o i visitatori. L'uso di una scheda dedicata ha permesso di creare un flusso informativo più completo con riguardo alla dinamica degli eventi, alla correlazione tra fattori di rischio e all'incidenza dell'evento, oltre a consentire un migliore monitoraggio ed evidenza delle azioni correttive predisposte con funzione preventiva. La scheda caduta dedicata inoltre consente un migliore dettaglio degli esiti di danno, rendendo obbligatorio indicare la prognosi e gli eventuali provvedimenti terapeutici ed assistenziali adottati.

Nei grafici che seguono è riportata l'analisi di trend delle segnalazioni di caduta con scheda dedicata nell'ultimo triennio 2017 – 2019.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO



Nel periodo luglio 2019 – giugno 2020 sono state segnalate complessivamente n. 746 cadute, di cui 386 con scheda dedicata.

Nel 87% delle cadute accidentali segnalate con l'apposita scheda il paziente non ha riportato alcun esito oppure il danno è stato lieve (prognosi ≤ 3 giorni); il 3% delle cadute ha avuto, invece, un esito di danno severo per il paziente (prognosi ≥ 40 giorni; prolungamento della degenza; trasferimento in PS o altro reparto; esiti permanenti).

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Considerando il dato complessivo delle cadute (con scheda e senza scheda dedicata) il setting assistenziale dove è stato segnalato il numero maggiore di cadute è quello della riabilitazione fisica e funzionale (40%), seguito dalle RSA (28%) e dalle psichiatrie (22%).

La fascia dei pazienti maggiormente coinvolta è quella tra i 61 e i 75 anni (36%), cui segue quella degli over 76 (32%). Oltre il 60% delle cadute accidentali si verifica in camera di degenza e bagno di pertinenza, il 36% negli spazi comuni interni (es. corridoio, soggiorno, sala di attesa). Il numero maggiore degli eventi segnalati si verifica nel turno del mattino (45%), seguito dal turno del pomeriggio (37%). Il 18% delle cadute avviene, invece, nel turno di notte.

I dati delle cadute sono analizzati dalle UGR locali e dal RMA nella reportistica periodica condivisa e messa a disposizione di tutto il personale.

5.3. Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure

La PLV promuove l'implementazione e rileva annualmente lo stato di adesione dei suoi Centri e Presidi alle Raccomandazioni emesse dal Ministero della Salute nell'ambito della creazione di un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore. Le Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi e 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.

L'esito dell'ultimo monitoraggio restituisce un livello di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali superiore all'80% complessivo e compreso tra il 60% e il 100% se si considerano le singole Raccomandazioni.

5.4. Le azioni correttive e i progetti di miglioramento

Tutti gli eventi e le situazioni di criticità segnalati sono analizzati e presi in carico per valutare gli eventuali correttivi e/o le azioni di miglioramento da implementare. Le evidenze

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

dell'analisi sono altresì utilizzate come elementi in ingresso del Piano Aziendale di Gestione del rischio.

Di seguito sono riportate, in sintesi, le principali attività implementate (o in corso di implementazione) a presidio della sicurezza dei percorsi clinico assistenziali riabilitativi.

Eventi evitati/avversi/sentinella

Azioni di miglioramento

Prevenzione degli errori di identificazione dei pazienti

- Introduzione del braccialetto identificativo per i ricoveri in degenza ordinaria in un Presidio riabilitativo ed adozione di specifica procedura sulle corrette modalità di identificazione del paziente. L'implementazione è stata supportata dalla predisposizione di materiale informativo/comunicativo ad utilizzo del paziente/familiari/caregivers per favorire la compliance. E' stata rinviata al prossimo anno, causa Covid 19, l'attività formativa per gli operatori sanitari.

- introdotta barriera all'errore per la prevenzione degli errori di identificazione del pz nel processo di trasfusione: i prelievi per la determinazione e per il controllo del gruppo sanguigno sono eseguiti da due operatori diversi.

Prevenzione degli errori in terapia farmacologica

- Completata l'adozione del Foglio Unico di Terapia in una RSA e in un presidio riabilitativo in attuazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica. Formazione specifica del personale di tutte le figure professionali.

- Implementazione della Raccomandazione Ministeriale sui farmaci LASA in un presidio riabilitativo con adozione di elenco farmaci confondibili, bollinatura con codice

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

colore e conservazione separata negli armadi farmaceutici

- Implementazione della Raccomandazione Ministeriale sulla riconciliazione farmacologica nell'ospedale per acuti e adozione della modulistica dedicata integrata in cartella clinica

- Revisione delle procedure/protocolli e istruzioni operative sulla gestione del farmaco, modalità di conservazione e scaduti, farmaci stupefacenti in vari centri e presidi

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Aggiornamento in vari Centri/Presidi delle procedure/protocolli dedicati alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, adozione di scale per la valutazione del rischio di comportamenti violenti e predisposizione di cartellonistica informativa per il paziente/utente
--	--

Prevenzione delle cadute accidentali	- Revisione delle procedure di prevenzione del rischio caduta in vari Centri/Presidi. Introduzione (i) di nuove schede predittive del rischio caduta, (ii) di scheda valutazione fattori ambientali e (iii) di scheda monitoraggio per pazienti in terapia con associazione di quattro o più farmaci e/o con farmaci che comportano alterazione psicofisica.
---	--

- Predisposizione di materiale informativo per il paziente, familiari e caregivers sulla prevenzione del rischio caduta

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Miglioramento della documentazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none">- Revisione della lettera di dimissione post intervento chirurgico con espressa indicazione della sintomatologia per la quale il paziente dimesso deve rivolgersi al PS- In un presidio riabilitativo prevista apposita sezione “allergie” in evidenza nel frontespizio della cartella clinica e sul foglio unico di terapia- Modifica dei moduli di consenso informato in varie UO/Servizi dei Centri/Presidi della Provincia
Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza e lesioni da decubito	<ul style="list-style-type: none">- Integrazione della segnalazione delle ICA dell’ospedale per acuti nel sistema aziendale di incident reporting. Formazione alle UO pilota.- Adozione in tutti i Centri/Presidi di protocolli/procedure per la gestione della Pandemia Covid-19 con individuazione delle misure di prevenzione del rischio infettivo e di contenimento dell’infezione, di riorganizzazione dei percorsi clinici ed assistenziali, di formazione specifica per gli operatori sull’utilizzo dei DPI.- Predisposizione di una check list organizzativa per il monitoraggio degli adempimenti e attività correlate alla gestione della pandemia da COVID-19- Revisione delle istruzioni operative sulla prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito in vari Centri e Presidi della Provincia
Sicurezza dei pazienti a rischio allontanamento non autorizzato	<ul style="list-style-type: none">- introduzione sperimentale in un presidio riabilitativo di un sistema di sicurezza anti-allontanamento del paziente fragile con deficit cognitivo o demenza che presenta wandering

Utilizzo della contenzione

Aggiornamento in due presidi riabilitativi della procedura per l'uso della contenzione e delle schede di prescrizione e monitoraggio

Nell'ambito delle azioni proattive per la gestione del rischio e per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari, che rappresentano un investimento necessario per la promozione dell'appropriatezza e per la sicurezza delle cure, si segnalano (i) la mappatura del rischio sanitario correlato ai percorsi clinico assistenziali e (ii) l'attivazione dei giri per la sicurezza.

6. Conclusioni

La cultura della sicurezza *“è il prodotto di schemi di comportamento, competenze, attitudini e valori di un gruppo che determinano l'impegno, lo stile e il livello di capacità dei programmi per la sicurezza e salute dell'organizzazione stessa. Le organizzazioni con una cultura della sicurezza positiva sono caratterizzate da una comunicazione basata sulla reciproca stima, sulla percezione condivisa dell'importanza della sicurezza e sulla fiducia nell'efficacia nelle misure preventive”*¹. Diverse componenti contribuiscono a definire, all'interno di una organizzazione sanitaria, il livello di sviluppo di una forte cultura della sicurezza. Sostenere ed alimentare in modo costante la cultura della sicurezza nella policy di ciascuna organizzazione, anche attraverso il coinvolgimento attivo delle persone assistite, dei loro familiari e dei caregiver, dell'associazionismo, dei professionisti e degli stakeholders in senso lato, è presupposto fondamentale per il buon funzionamento del processo di gestione del rischio clinico. La presente relazione, coerentemente alla ratio sottesa alla norma, restituisce in modo trasparente l'impegno costante della Provincia nel monitoraggio dei rischi, nell'attuazione delle azioni di miglioramento, nella prevenzione degli eventi avversi e nella tempestiva gestione degli stessi anche attraverso la riduzione ed il controllo delle loro eventuali conseguenze negative.

¹ Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for safety. London: ACSNI Study Group on Human Factors; 199