



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

**RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI  
VERIFICATESI NELLA AZIENDA OSPEDALIERA  
“SANTA MARIA” DI TERNI NELL’ANNO 2017**

L’A.O. “S. Maria” di Terni con 505 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 Umbria2. 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.



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

## ATTIVITÀ E PRODUZIONE RELATIVI ALL'ANNO 2017

| Dipartimenti (N. 11)             |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| Dipendenti (N)                   |                   |
| Dirigenti medici                 | 384               |
| Infermieri                       | 742               |
| OSS                              | 118               |
| <b>Totale</b>                    | <b>1.673</b>      |
| Ricoveri (N)                     |                   |
| Ordinari                         | 24.775            |
| DH/DS                            | 4.148             |
| <b>Totale</b>                    | <b>28.923</b>     |
| Valore attività (€)              |                   |
| Medio-bassa specialità regionale | 55.087.990        |
| Alta specialità regionale        | 23.075.179        |
| Altre regioni                    | 20.808.661        |
| <b>Totale</b>                    | <b>98.971.829</b> |
| Attività chirurgica (N)          |                   |
| Elezione                         | 16.393            |
| Urgenza                          | 2.439             |
| <b>Totale</b>                    | <b>18.832</b>     |
| Prestazioni ambulatoriali (N)    |                   |
| CUP                              | 1.934.835         |
| Pronto soccorso                  | 260.592           |
| Dialisi                          | 16.803            |
| <b>Totale</b>                    | <b>2.212.230</b>  |

Nel contesto di 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 percentuale di occorrenza di danni iatrogeni è **giustamente considerato come un indicatore della 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, i quali non possono comprendere, ovviamente, sofferenze o danni evitabili.



In un sistema a fini strategici, quale è quello sanitario, l'**inefficacia** è la maggior fonte di costo, mentre l'**inefficienza**, anche in presenza di risorse adeguate, comporta necessariamente una ridotta efficacia.

Insieme all'inefficienza e all'inefficacia, il **danno iatrogeno** è divenuto negli ultimi anni un ulteriore incremento di costo per le Aziende Sanitarie, le quali devono far fronte a rilevanti risarcimenti, in parte coperti dalle assicurazioni, ma con pagamenti di premi assai alti.

Così ogni qual volta il sistema fallisce nei suoi obiettivi, causando sofferenze inutili o morte in chi dovrebbe sanare, tale evenienza sottrae risorse alle finalità di cura per destinarle a risarcimenti, causando ulteriori sofferenze inutili o morte in chi in prospettiva, a causa della mancanza di tali risorse non potrà essere adeguatamente assistito.

La **Struttura aziendale di gestione del rischio clinico**, il cui organigramma è riportato sul sito aziendale nella sezione dedicata al Risk Management, è in staff della Direzione Aziendale. La mission e il programma della Struttura di Gestione del 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, SWR ed altri strumenti operativi, la Struttura di GRC è in grado di seguire e supportare 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) ridurre la possibilità di contenzioso tra il paziente e la A.O.
- 3) dare sostegno alla attività professionale di tutti gli operatori
- 4) migliorare l'immagine aziendale della A.O. e la fiducia del paziente



Gli obiettivi da perseguire del risk management sono essenzialmente due:

1. la prevenzione degli eventi indesiderati attraverso l'analisi e la revisione delle procedure e dei processi esistenti;
2. l'identificazione delle cause e dei fattori contribuenti che hanno permesso il verificarsi di eventi indesiderati al fine di prevenirli in futuro

I principali metodi pro-attivi usati sono:

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

I principali metodi re-attivi usati sono:

- RCA (Root Cause Analysis)
- Audit
- 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 il rischio clinico è soprattutto di tipo culturale:

- per poter prevenire gli eventi indesiderati gli operatori sanitari devono innanzitutto riconoscere la loro fallibilità;
- per poter imparare dall'errore gli operatori sanitari devono riconoscerlo, accettarlo e non temere di essere colpevolizzati, mentre chi ha un ruolo dirigenziale nell'organizzazione deve aver sviluppato un approccio sistemico e sentirsi corresponsabile della sicurezza delle cure erogate.

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.



Le attività del rischio clinico in questa fase sono:

- le best practices;
- le raccomandazioni;
- l'audit clinico;
- Morbidity & Mortality review ( M&M)

Nella stesura del piano delle azioni potranno essere inserite ulteriori strumenti e metodi come:

- piano delle attività
- diagramma di flusso
- matrice delle responsabilità
- altro.

| <b>SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE<br/>INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA<br/>SICUREZZA DELLE CURE</b> |  |
|---|--|
| <b>Tipologia</b>  | <b>Incident Reporting</b>  |
| Letteratura/normativa di riferimento  | 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).<br><br>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 ). |
| Descrizione dello strumento\flusso informativo  | L’Incident Reporting 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  |



|  |  |
|--|--|
|  | <p>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>  |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>                         | <p>Il totale delle segnalazioni dell'anno 2017 è stato di 149. Il 95,3% di esse è rappresentato da cadute; il 3,35% delle segnalazioni ha riguardato altro (sepsi, riferita aggressione personale...).</p>   |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Per le cadute, è stato attivato un sistema di osservazione dei risultati ottenuti in seguito all'applicazione delle misure preventive, utilizzando appositi indicatori (n° schede "valutazione del paziente a rischio", n° schede compilate "strategie comportamentali adottate" N° schede di "segnalazione caduta del paziente" diminuzione della % dei pazienti caduti in un anno, n° eventi sentinella segnalati dalle UU.OO). Per le sepsi è stata elaborata la procedura "Antibiotico profilassi e tavolo tecnico del sepsi-team". A seguito della segnalazione dell'episodio di riferita aggressione personale è stato organizzato il corso di formazione "Handover. Comunicazione e lavori di gruppo per la prevenzione dei rischi". E' stato inoltre organizzato il safety walk round in reparto e in sala operatoria seguito dalla costituzione di un tavolo tecnico per</p> |



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | <p>l'elaborazione della check-list dei ferri chirurgici e della procedura migliorativa del percorso del paziente chirurgico e degli orari di sala operatoria. Infine per stimolare i sanitari alla segnalazione degli eventi è stato organizzato uno corso di formazione sul tema durante il quale, insieme agli stessi sanitari, è stata rimodulata la scheda dell'Incident Reporting.</p> |
| Risultati ottenuti | <p>A seguito degli eventi formati organizzati è aumentato il numero delle segnalazioni; il numero delle cadute rilevate si è invece ridotto, passando da 158 nell'anno 2016 a 142 nel 2017.</p>   |

I risultati ottenuti nell'anno 2017, grazie alle azioni correttive e di miglioramento introdotte, sono certamente indicativi di un miglioramento; rimane però indispensabile la formazione generale e "sul campo" degli operatori al fine di aumentare la consapevolezza degli stessi circa l'importanza della **sicurezza del paziente e delle cure**.