

**RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI VERIFICATE SI ALL'INTERNO
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA" DI TERNI ANNO 2024**

L'A.O. "S. MARIA" di Terni con 519 posti (477 ordinari e 42 diurni) 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' 2024

Dipartimenti (n. 8)

Dipendenti (N. 1771)

Dirigenti medici 382 + 15 universitari

Infermieri 812

OSS 185

Totale: 1771

Ricoveri (N)

Ordinari 20296

DH/DS 4168

Totale: 24464

Valore attività (euro)

<u>Medio bassa specialità regionale</u>	<u>€ 53.731.089</u>
<u>Alta specialità regionale</u>	<u>€ 23.971.081</u>
<u>Altre regioni</u>	<u>€ 14.070.671</u>
<u>Totale</u>	<u>€ 91.772.841</u>

Attività chirurgica (N)

<u>Elezione</u>	<u>16.915</u>
<u>Urgenza</u>	<u>2.008</u>
<u>Totale</u>	<u>18.923</u>

Prestazione ambulatoriali (N)

<u>CUP</u>	<u>2.202.801</u>
<u>Pronto soccorso</u>	<u>356.780</u>
<u>Dialisi</u>	<u>18.189</u>
<u>Totale</u>	<u>2.568.580</u>

Nel contesto 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.

SCHEMA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLA CURE	
Tipologia	Incident reporting interno ed esterno
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). 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 WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning sistem (2006) Delibera del Direttore Generale n 170 del 2.3.2018 “Il sistema di incident reporting –procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi” e successivo aggiornamento Delib. Dir. Gen. N. 388 del 13.6.2024 “Il sistema di incident reporting. Revisione procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi.”
Descrizione dello strumento/flusso informativo	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
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Il totale delle segnalazioni dell’anno 2024 è stato di 271 (rispettivamente 205 cadute accidentali del pz; 24 aggressioni a carico degli operatori sanitari; 42 altro). In 13 casi si è trattato di eventi sentinella.

	Il 75,6% è rappresentato da cadute di cui il 3,9% sono risultate eventi sentinella. L'8,8% è rappresentato da violenza a carico degli operatori sanitari. Il 1,8 % near miss relativi al percorso della richiesta di emazie Tre segnalazioni sono state proattive, concluse con atti migliorativi ed in un caso è stata effettuata l'analisi del processo con la scheda FMECA e implementazione della procedura specifica interna.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	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. Per la documentazione sanitaria è stato: Realizzazione procedura "Informazione del paziente capace di intendere e di volere, tutore legale, genitori nel caso di minore e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario in anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore" (Delibera n. 93 del 13.2.2024) Realizzazione della "Procedura per la redazione della informativa e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario". (Delib. n. 788 del 5.12.2024). Redazione di modulistica finalizzata alla seduta di trattamento e all'informativa per il paziente delle modalità di disdetta/eventuale recupero per l'ambulatorio fisioterapico riabilitativo della SSD Neuroriabilitazione e Medicina Fisica. Collaborazione nell'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero nel programma di gestione cartella clinica, JHIS (Prot. n. 23040 del 19.4.2024) Diffusione di promemoria rispetto all'acquisizione del consenso al trattamento dei dati nei pazienti gestiti nei servizi (Prot n. 29406 del 20.5.2024) Per la prevenzione degli eventi avversi in sala parto-operatoria si è proceduto a:

	Implementazione del carrello per intubazione difficile al blocco operatorio del II piano Predisposizione di presidi e dispositivi medici per le emergenze pediatriche consistenti in 4 carrelli per le urgenze pediatriche (nel blocco operatorio, in PS, nella SC di Pediatria ed in RMN-TC) Stesura della Delibera Aziendale n. 297 del 30.4.2024 “gestione attività chirurgica programmata: determinazioni” Acquisizione di kit di ferri chirurgici per la chirurgia pediatrica (Prot. n. 76615 del 17.12.2024) Per la prevenzione degli eventi avversi relativi al percorso terapeutico ed all’uso di dispositivi medici e dei farmaci Stesura della procedura: “Farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza: procedure aziendali per la corretta gestione delle segnalazioni e della diffusione di comunicati importanti riguardanti medicinali e dispositivi medici” Delibera n.473 del 18.7.2024 Diffusione della nota Prot. n. 73806 del 4.12.2024 per il richiamo all’importanza della riconciliazione farmacologica come strumento per la prevenzione di eventi avversi da farmaci come da relativa procedura aziendale Giri di sicurezza in alcune Strutture complesse in collaborazione con la Responsabile della SC di Farmacia Stesura della procedura “Percorso del paziente afferente all’ambulatorio per i controlli del pacemaker” Delib. n.636 del 30.9.2024 Per la prevenzione degli eventi avversi in area emergenza urgenza: Stesura “Percorso del paziente pediatrico dalla SC di Pronto Soccorso alla SC di Pediatria e neonatologia” Delibera n. 271 del 24.4.2024 Regolamentazione del percorso Urgenze Pediatriche (Prot. n. 54122 del 10.9.2024) Aggiornamento procedura Aziendale “morte o grave danno connesso alla errata attribuzione di codifica presso il triage del
--	--

	PS (raccomandazione ministeriale n. 15) (Delibera n. 86 del 13.2.2024) Per il miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi assistenziali: “Il sistema di incident reporting. Revisione procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi” (Delibera n.388 del 13.6.2024) Collaborazione stesura del Programma Operativo Aziendale di recepimento e realizzazione del piano di efficientamento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2022-2024 anno 2024 (Delib. n. 626 del 19.9.2024) Collaborazione stesura Procedura operativa 06 gestione stanza di degenza detenuto: determinazioni (Delibera. N. 417 del 27.6.2024) Collaborazione stesura “PDTA biospia del linfonodo sentinella nel pz con melanoma” Delibera n. 569 del 21.8.2024 Collaborazione per approvazione regolamento radioprotezione Delibera n. 534 del 7.8.2024 Implementazione del progetto per la identificazione del paziente con braccialetto elettronico (Prot. n. 31932 del 30.5.2024) Diffusione di promemoria multipli per incentivare l’uso del bracciale identificativo del paziente e la corretta compilazione del modulo per la corretta conservazione del sangue previsti nel percorso di gestione della trasfusione degli emoderivati. Riorganizzazione logistica dell’ambulatorio ginecologico – isteroscopie- Gruppo di lavoro per l’implementazione del percorso POCT per la glicemia (Prot. n. 13936 del 5.3.2024) Audit annuale della Breast Unit Aziendale allo scopo di verificare ed implementare i processi di presa in carico delle pazienti che vi afferiscono (Prot n. 76602 del 17.12.2024) Adozione di una check di controllo con cui verificare la presa in carico di tutte le provette all’interno della trans-bag utilizzata per il loro trasporto presso il laboratorio analisi per verificare l’avvenuto e completo svuotamento della borsa.
--	--

	Implementazione del sistema informatico della radiologia con la possibilità di richiesta di radiografia mammella per controllo intra-operatorio da eseguirsi previa richiesta informatizzata da parte del chirurgo operatore. Gruppo di lavoro per l'acquisizione della scheda terapeutica unica informatizzata anche nelle terapie intensive Acquisto di pipette monouso confezionate singolarmente o di dispenser con erogazione di singole pipette da utilizzare presso il laboratorio della SC Anatomia Patologica (Matrice delle responsabilità di un audit per l'analisi di un evento sentinella) Implementazione con nota informativa della procedura per richiesta dei servizi di manutenzione (Prot n. 38456 del 27.6.2024) Per la sicurezza degli operatori e dei pazienti presso la SC di Radioterapia in collaborazione con la facilitatrice della Struttura ed in seguito a segnalazioni proattive si è proceduto a : - Simulazione per addestrare il personale ad interpretare gli allarmi e gestire le emergenze in brachiterapia, con la realizzazione di schema illustrativo e posizionamento di un camice piombato vicino alla console per le procedure di emergenza; - Simulazione per tutto il personale medico e tecnico sull'uso del sistema di verifica 2d presso la SC Radioterapia - Analisi di un processo con la scheda FMECA e implementazione della procedura specifica interna Per la prevenzione della violenza a carico degli operatori sanitari e per il benessere nel luogo di lavoro è stato: Aggiornamento del Gruppo di Lavoro Aziendale “Valutazione e gestione dei rischi lavoratori SLC e Atti di violenza a danno degli Operatori” (Prot. n. 78425 del 30.12.2024) Campagna informativa con un Convegno in collaborazione con l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Terni “Focus sulla violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari” 20 aprile 2024 Installazione presso i punti di accesso palazzina di ubicazione della SC Clinica Malattie Infettive di sistemi di controllo
--	---

	digitale dell'accesso al fine di impedire l'accesso indiscriminato dell'utenza. Per la prevenzione e gestione delle ICA Gruppo di lavoro per l'aggiornamento della procedura Aziendale relativa alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con particolare riferimento all'isolamento dei pazienti infetti. Corso di formazione per i neoassunti. Corsi di formazione per casi specifici. Per la diffusione della cultura del rischio e dell'utilità dell'incident reporting è stata: Effettuata la valutazione di tutti gli incident reporting e la successiva analisi con gli strumenti più adeguati (AUDIT- Audit Sea- RCA). Aggiornata la procedura Aziendale "Il sistema di incident reporting. Revisione procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi " (Delib n.388 del 13.6.2024). Diffusa la nota di promemoria per la segnalazione degli eventi sentinella in diverse strutture. Per la formazione degli operatori sanitari Corso di formazione per utilizzo braccialetto elettronico per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 (Formazione obbligatoria software Tetra (trasfusione al letto del paziente) Corso di aggiornamento rivolto agli IFOC, Infermieri e Operatori Socio Sanitari per la corretta gestione e stoccaggio dei gas medicali. Corso di formazione "Le urgenze emergenze infettive del distretto testa -collo" C6544- E7897 24 gennaio 2024. Corso di formazione "Hospital risk management, formazione referenti. C6659 E8279. Corso di formazione base sul clinical risk management per i neoassunti C 7118- E 9898, E9899
--	--

	Corso di formazione accesso intraosseo: una valida alternativa all'accesso venoso in emergenza C 7094 (10 edizioni) Convegno “Nuove frontiere del clinical risk management: opportunità e limiti della telemedicina. Aspetti assistenziali e giuridici. Evoluzione normativa e giurisprudenziale della responsabilità delle professioni sanitarie” 26 ottobre 2024 Convegno in collaborazione con l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Terni “Focus sulla violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari” 20 aprile 2024 È stata effettuata la costante collaborazione con il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente per la realizzazione di linee di indirizzo Regionali, progetti ed eventi formativi ed informativi Convegno “III° giornata Umbra abbiCuradiChitiCura. Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. 12 marzo 2024 Convegno “Fai la cosa giusta e rendila sicura. L'introduzione di nuove tecnologie per l'evoluzione e la sicurezza dei processi diagnostici. 17settembre2024 (Giornata Nazionale della sicurezza delle cure) Project work e progetti di ricerca Sono stati effettuati due project work con tirocinanti per il conseguimento di: Master 2 livello in Governance del rischio clinico e promozione della sicurezza delle cure “Applicazione del metodo strutturato SBAR durante il processo di Handover”. Master 2 livello “Gestione del rischio clinico e miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure “PSI: strumento di analisi per la programmazione dell'attività di gestione del rischio clinico AO di Terni.
Risultati ottenuti	A seguito della condivisione delle attività con tutti professionisti coinvolti sta progressivamente aumentando la consapevolezza della cultura del rischio e della sicurezza delle cure e la partecipazione degli operatori sanitari alla attività della struttura per la gestione del rischio clinico.

I risultati ottenuti nell'anno 2024 grazie al contributo della rete Aziendale dei facilitatori per l'hospital risk management ed 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 coinvolgendo in tale processo anche i rappresentanti dei cittadini.

Dr.ssa Moira Urbani

Responsabile SSD Risk Management