

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5)

AGGIORNAMENTO ANNO 2019

Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Art. 1 comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall'art.2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 "le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: d-bis). Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".

Relazione consuntiva sugli eventi avversi

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle seguenti, risulta necessario ricordare alcuni concetti.

Per **evento evitato** (anche detto Near Miss o Close Call,) si intende un atto commissivo od omissivo il cui determinismo, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danno oppure non ha conseguenze avverse per il paziente.

Quando, invece, un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso**.

Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti a un errore.

Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella** ed occorre procedere a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente andranno affrontati con adeguate misure correttive.

Rispetto all'anno precedente è incrementato il numero di segnalazioni pervenute tramite il sistema di reporting aziendale, a testimonianza che sta aumentando la propensione degli operatori a segnalare gli eventi, il che è un fattore positivo, indicativo di un miglioramento della cultura della sicurezza aziendale.



Tabella 1. Eventi sentinella segnalati nel 2019

Evento	Categoria evento	Azioni di miglioramento
1	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	1. Monitoraggio della u.o. coinvolta relativo alla corretta compilazione della scheda per prevenire la ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito chirurgico. 2. Incontri formativi per sensibilizzare ulteriormente il personale sulla necessità di azioni corrette a garantire la massima sicurezza, focalizzando l'attenzione sulla prevenzione della ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito chirurgico
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	1. Monitoraggio nella u.o. coinvolta, relativo alla corretta compilazione della scheda per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti al fine di sensibilizzare e motivare tutte le UUOO di degenza alla più attenta e puntuale applicazione della stessa. 2. Incontri formativi per sensibilizzare ulteriormente il personale sulla necessità di azioni corrette a garantire la massima sicurezza, focalizzando l'attenzione sulla prevenzione del rischio caduta del paziente.
3	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Incontri formativi, a cadenza mensile, riservati a tutto il personale delle uuoo Ostetricia -Ginecologia e TIN neonatologica focalizzando l'attenzione sulla corretta comunicazione per consentire l'integrazione e la condivisione della documentazione sanitaria prodotta dalle equipe di ostetricia-ginecologica e dall'equipe neonatologica in sala parto
4	Atti di violenza a danno di operatore	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'evento sentinella.

Tabella 2. EVENTI AVVERSI DA INCIDENT REPORT 2019

N.	Evento	Cause/Fattori Contribuenti	Azioni di miglioramento
1	Aggressione verbale	Aspettative dei familiari, scarsa fiducia nelle professionalità presenti, clima di tensione.	Audit con gli operatori
2	Caduta	Il paziente non ha applicato le indicazioni impartite dagli operatori/ Poca autonomia	Audit con gli operatori
3	Caduta	Il paziente non ha applicato le indicazioni impartite dagli operatori/ Poca autonomia	Audit con gli operatori
4	Caduta	Mancata adesione al progetto terapeutico	Audit con gli operatori
5	Caduta	Il paziente non ha applicato le indicazioni impartite dagli operatori Condizioni generali precarie	Audit con gli operatori
6	Aggressione fisica	Ambienti/spazi	Audit con gli operatori
7	Caduta	Il paziente non ha applicato le indicazioni impartite dagli operatori Poca/mancata autonomia	Audit con gli operatori
8	Aggressione verbale	Tempi di attesa, scarsa fiducia nelle professionalità presenti, clima di tensione.	Audit con gli operatori
9	Caduta	Nessuno	Audit con gli operatori
10	Aggressione verbale	Aspettative familiari	Audit con gli operatori
11	Aggressione verbale/fisica	Disturbi psichiatrici, scarsa fiducia nelle professionalità presenti	Audit con gli operatori
12	Aggressione verbale	Tempi di attesa	Audit con gli operatori
13	Aggressione verbale	Aspettative familiari	Audit con gli operatori

Il Direttore f.f. (i.o.c) Risk Management
 Dott. Danilo Lisi

Il Sub Commissario Sanitario
 Dott.ssa Antonietta Siciliano

Il Commissario Straordinario
 Avv. Carmine Mariano