

RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2017

PREMESSA

Le strategie per la sicurezza dei pazienti si fondano su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

La Direzione dell'Azienda, l'U.O.C. Risk Management e la Commissione Rischio Clinico hanno individuato fra gli obiettivi principali del proprio operato lo sviluppo di un sistema di governo unitario delle attività che, attraverso l'utilizzo di diverse metodologie, garantisca l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza delle prestazioni e dei processi erogati, nell'implementazione di procedure atte ridurre il rischio clinico e, nel monitorare alcuni percorsi clinico – assistenziali ritenuti strategici.

1. SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L'avvio di un sistema strutturato di segnalazione dell'errore è fondamentale per impostare una strategia di gestione del rischio sanitario in quanto consente di delineare, a livello qualitativo, il profilo di 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.

Nel presente paragrafo vengono riportati, anche ai sensi **dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017**, gli eventi avversi registrati fino a dicembre 2017, segnalati dalle unità operative e/o servizi dell'Azienda Universitaria della Campania L.Vanvitelli utilizzando il sistema di reporting aziendale, e le azioni correttive e di miglioramento implementate.

Dal gennaio 2017 a dicembre 2017 il numero delle segnalazioni pervenute è stato di n. 19, di cui:

- N. 10 segnalazioni si riferiscono ad eventi senza danno
- N. 9 segnalazioni di eventi sentinella (vedi Tabella)

EVENTI SENTINELLA			
STRUTTURA	TIPO EVENTO	CAUSE (CRITICITA')	INIZIATIVE
Gastroenterologia	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi	Audit
Malattie Infettive	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi	Audit
Psichiatria	Caduta	Caduta accidentale	Audit
Medicina	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi	Studio dei processi interni
Ginecologia	Malattia grave correlata al parto	Fattori organizzativi e ambientali	Audit
Gastroenterologia	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi	Audit
Cardiomiologia	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi e ambientali	Audit
Gastroenterologia	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi	Studio dei processi interni
Cardiomiologia	Caduta	Fattori intrinseci al paziente, fattori organizzativi e ambientali	Studio dei processi interni

Sia per gli eventi sentinella che per gli eventi trasmessi tramite la scheda di incident reporting è stato predisposto un apposito database.

Nonostante il sistema di segnalazioni non presenti particolari difficoltà l'invio della scheda di incident reporting è stato limitato. Ciò implica chiaramente la necessità di indurre nel personale dei cambiamenti culturali e comportamentali senza dei quali un sistema di segnalazione degli incidenti non funziona.

2. AUDIT CLINICI

Nel corso del 2017 sono stati effettuati audit clinici su eventi significativi con l'obiettivo di migliorare la qualità e gli outcomes attraverso la riduzione della rischiosità del processo diagnostico terapeutico assistenziale. Le azioni correttive e di miglioramento sono documentate nelle relazioni sanitarie e/o nelle relazioni sull'attività di clinical risk management elaborate.

3. VERIFICA SULL'ADOZIONE DELLA CHECK-LIST PRESSO LE SS.OO.

Nell'anno 2017 sono state effettuate delle verifiche sulla corretta modalità di compilazione e di gestione delle check-list nelle sale operatorie dei Dipartimenti di Chirurgia, Pad. 3 e Pad. 17, di Oculistica e del Day Surgery.

Nel corso dei controlli è stato rilevato quanto segue:

- Compilate in media il 70% schede check-list, con percentuali del 100% in Day Surgery e in Oculistica
- Il 95% delle schede controllate risultano compilate per la parte riguardante i dati anagrafici e anestesiologicali
- Il 90% delle schede non sono state inserite nella cartella clinica del paziente
- Il 20% delle schede non sono state firmate con firma leggibile
- Le schede utilizzate per prevenire la ritenzione di materiale estraneo e le schede conteggio strumentario sono quasi sempre presenti ma non risultano sempre compilate in tutte le loro parti.

Le criticità riscontrate sono state migliorate ma non completamente risolte.

4. DIFFUSIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI:

Negli anni precedenti sono state elaborate, approvate dalla Direzione Generale, e diffuse a tutti i Dipartimenti Assistenziali n. 14 Raccomandazioni Ministeriali sulle 17 indicate dal Ministero della Salute.

In aggiunta alle precedenti procedure ministeriali implementate negli anni precedenti, sono state elaborate, approvate dalla Direzione Generale, e diffuse a tutti i Dipartimenti Assistenziali le procedure aziendali relative alle seguenti raccomandazioni ministeriali:

- Raccomandazione n. 16 “prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”
- Raccomandazione n. 6 “prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita”

Non è stata elaborata la Raccomandazione n. 15 in quanto non applicabile al nostro contesto assistenziale.

Inoltre, sono state revisionate ed aggiornate le seguenti procedure aziendali.

- N. 16 procedure aziendali per la sicurezza in sala operatoria
- Procedura per la prevenzione e gestione delle cadute in ambito sanitario

In applicazione alla Raccomandazione n.13 sulla prevenzione delle cadute accidentali, l'Azienda ha avviato un progetto per il monitoraggio delle cadute con

l'introduzione di una scheda unica di segnalazione per tutte le unità operative/servizi e la valutazione del rischio ambientale (check list di valutazione). Le schede consentiranno di disporre di una base dati informativa più specifica per realizzare un sistema di osservazione e monitoraggio, anche attraverso la costruzione di indicatori, e per poter attuare interventi multifattoriali mirati alla riduzione dei fattori di rischio.

L'analisi delle segnalazioni, in particolare dei fattori contribuenti, ha inoltre suggerito di sostenere la diffusione in azienda di brochure e locandine informative, come strumenti di prevenzione del rischio caduta del paziente.

5. REFERENTI RISCHIO CLINICO

Al fine di diffondere la cultura del miglioramento della pratica clinica tramite l'individuazione di misure di sicurezza finalizzate ad impedire il prodursi di eventi dannosi (strategie preventive) e a minimizzare il livello dell'evento, azioni cioè che possano ridurre il grado di severità di un evento o il riprodursi dell'evento stesso (strategie proattive), è in corso di rinnovamento la rete di referenti per la gestione del rischio clinico costituita da Coordinatori/Referenti Infermieristici di ciascuna U.O. Ospedaliera, già nominati nel 2016.

6. MONITORAGGIO SULLA DIFFUSIONE DELLE ICA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE

La strategia scelta per governare il problema delle infezioni acquisite durante la cura è stata quella di sperimentare un'integrazione tra Gruppo Operativo CIO e Servizio Qualità/Rischio Clinico con l'obiettivo di governare efficacemente il processo e di migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa.

Gli obiettivi dello studio di prevalenza europeo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso di antibiotici in ospedale sono:

- stimare la prevalenza delle ICA e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti
- descrivere i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti, microrganismi coinvolti inclusi i marker di resistenza antibiotica) e gli antibiotici prescritti (molecole, indicazioni d'uso) - per tipo di pazienti, reparti e strutture di ricovero - per paese, attraverso dati aggiustati o stratificati
- diffondere i risultati ottenuti
- fornire all'azienda uno strumento standardizzato per individuare obiettivi di miglioramento della qualità.

La raccolta dei dati, effettuata in tutti i reparti presenti nell'azienda, include:

- durata media del ricovero, indicatori di struttura e processo;
- dati sul paziente: fattori di rischio, dati demografici, intervento chirurgico, esposizione a dispositivi invasivi, condizioni di gravità clinica secondo
- dati sulle infezioni correlate all'assistenza
- dati sull'uso di antibiotici

Gli antibiotici, se prescritti, sono stati registrati. La profilassi chirurgica è stata registrata come presente, se era stato prescritto un antibiotico per questo motivo nelle precedenti 24 ore. È stato inoltre rilevato se la somministrazione della profilassi era in dose singola o multipla.

7. MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO CON L'ADOZIONE DEL PROTOCOLLO SNICHER "SISTEMA NAZIONALE SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO ASSR EMILIA ROMAGNA"

Nella fase di attivazione del protocollo di studio sono state selezionate alcune categorie di intervento, per ogni unità operativa, in modo da ottenere in tempi brevi informazioni su un numero di interventi sufficienti a consentire il confronto tra Aziende a livello nazionale ed a livello europeo.

Gli obiettivi della sorveglianza delle ISC sono:

- Stimare la frequenza di infezioni del sito chirurgico
- Promuovere la riduzione della frequenza delle infezioni del sito chirurgico
- Confrontare i propri dati di incidenza delle infezioni, ai fini di attività di benchmarking e di miglioramento delle pratiche assistenziali.

8. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE IN TEMA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE

Le attività di formazione realizzate in tema di sicurezza del paziente sono:

- Corso di formazione "Valutatori interni di sistemi di gestione in Sanità con focus sulla Raccomandazione Ministeriale n. 14 ottobre 2012" con il personale sanitario delle UU.OO. di oncologia ed ematologia, dal 14 al 21 marzo 2017
- Verifica dell'applicazione del programma di Audit in tema di prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici, in data 15 maggio 2017.

F.to

Il Responsabile
Prof. Francesco Attena