

Report annuale

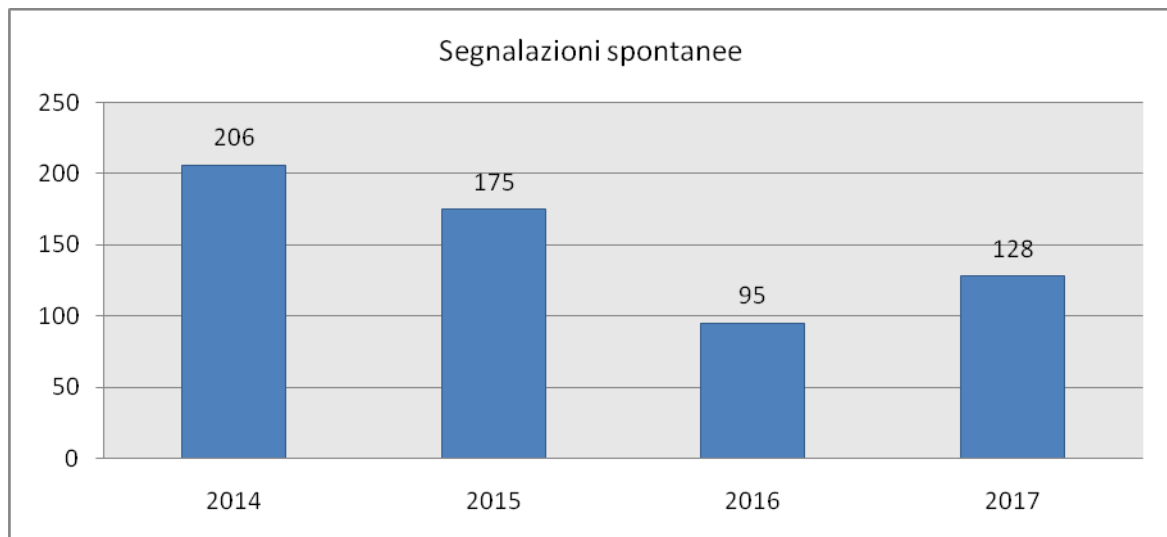
Il report analizza gli eventi avversi, probabilmente avversi e le cadute accidentali archiviati nel data-base aziendale dedicato.

Le segnalazioni pervenute (metodologia: incident reporting) sono state 128 con un aumento rispetto al 2016, del 25,8%

Sempre nel corso del 2017 sono stati analizzati in forma di audit n° 6 eventi sentinella, che sono stati inviati poi tramite la Regione al Ministero

I risultati descritti nella presente relazione sono riferiti all'anno in corso e confrontati con quelli del triennio precedente

Fig1



Le segnalazioni spontanee, definite come “incident reporting”, sono rappresentate da tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori sanitari e riguardano danni o presunti danni a carico di pazienti/utenti.

Vengono suddivise in:

- Evento avverso (Advers Event): eventi che causano morte, malattia, menomazione, disabilità, sofferenza transitoria

Es.: reazione anafilattica a un farmaco

- Quasi errore (Near Miss) procedura potenzialmente lesiva, interrotta prima che si concretizzi il danno.

Es.: rilevazione di un errore di prescrizione, prima della somministrazione di un farmaco

Fig2. Sono rappresentate le segnalazioni spontanee suddivise per tipo e anno

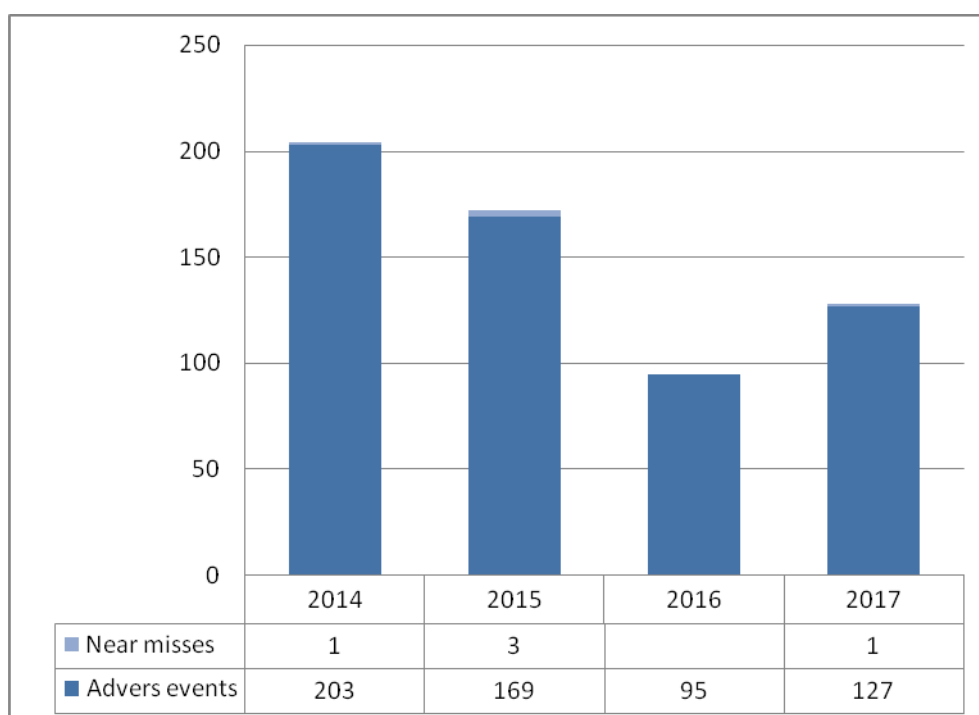


Fig3. Casi gestiti del Rischio Clinico suddivisi per anno e raggruppati in base alla data di ricevimento della documentazione

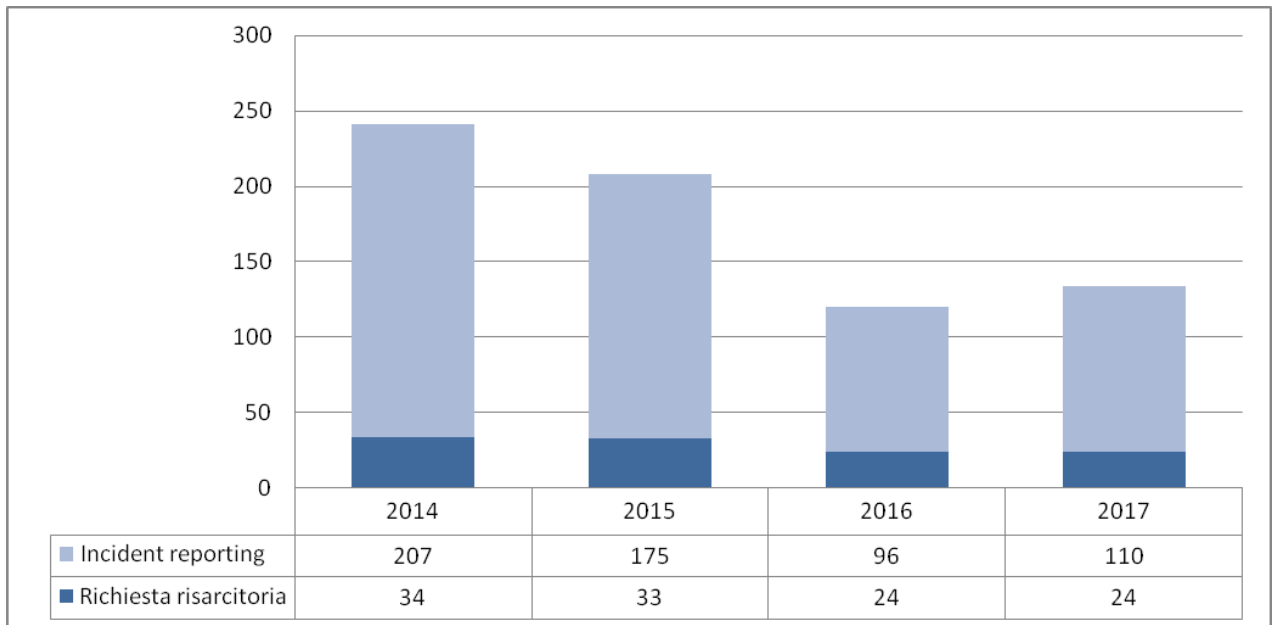
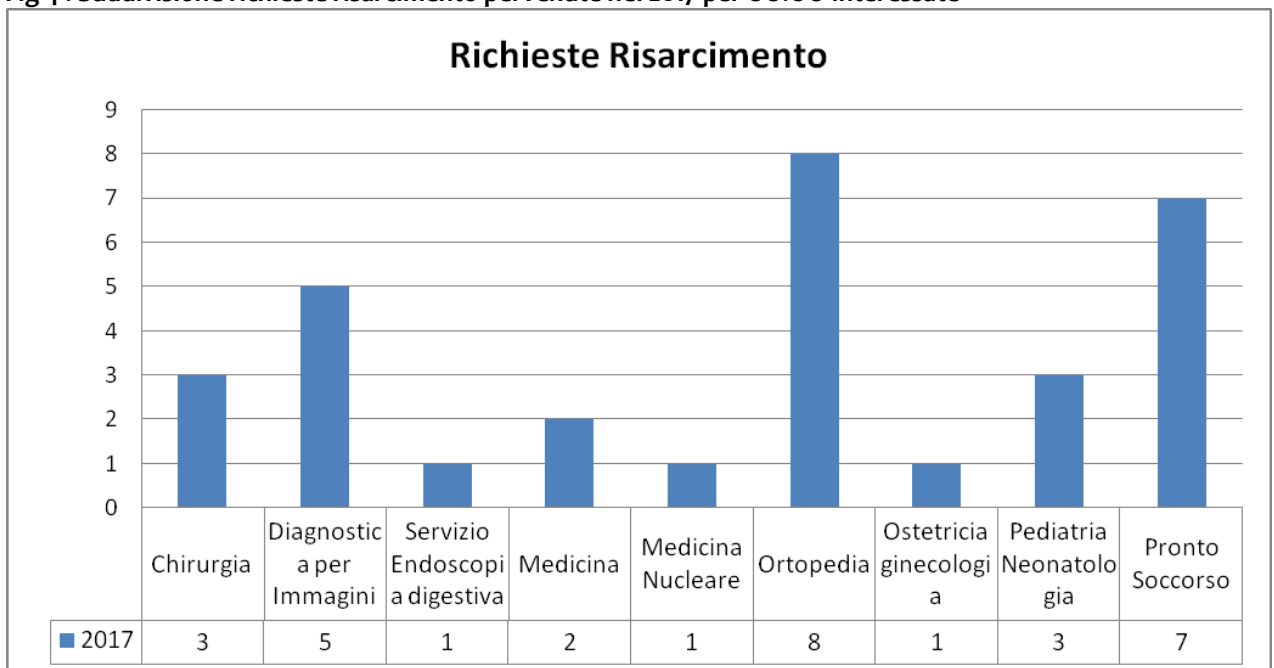


Fig 4 : Suddivisione richieste risarcimento pervenute nel 2017 per UU.OO interessate



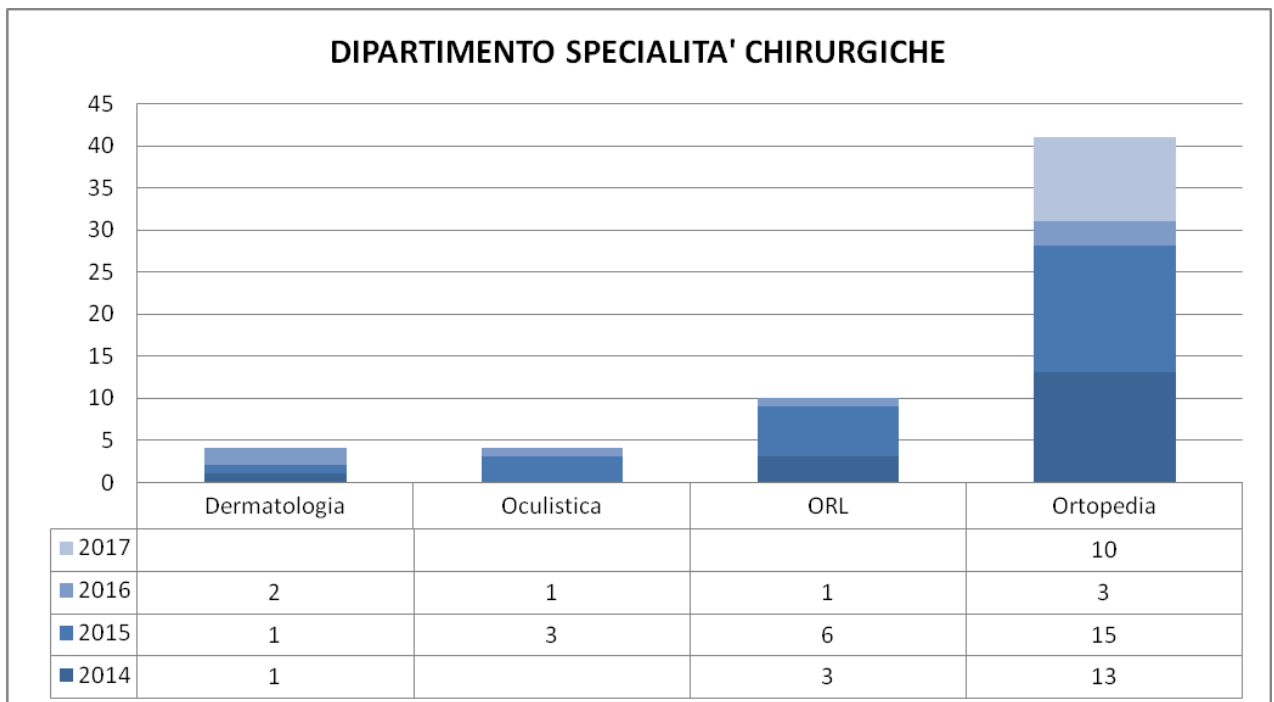
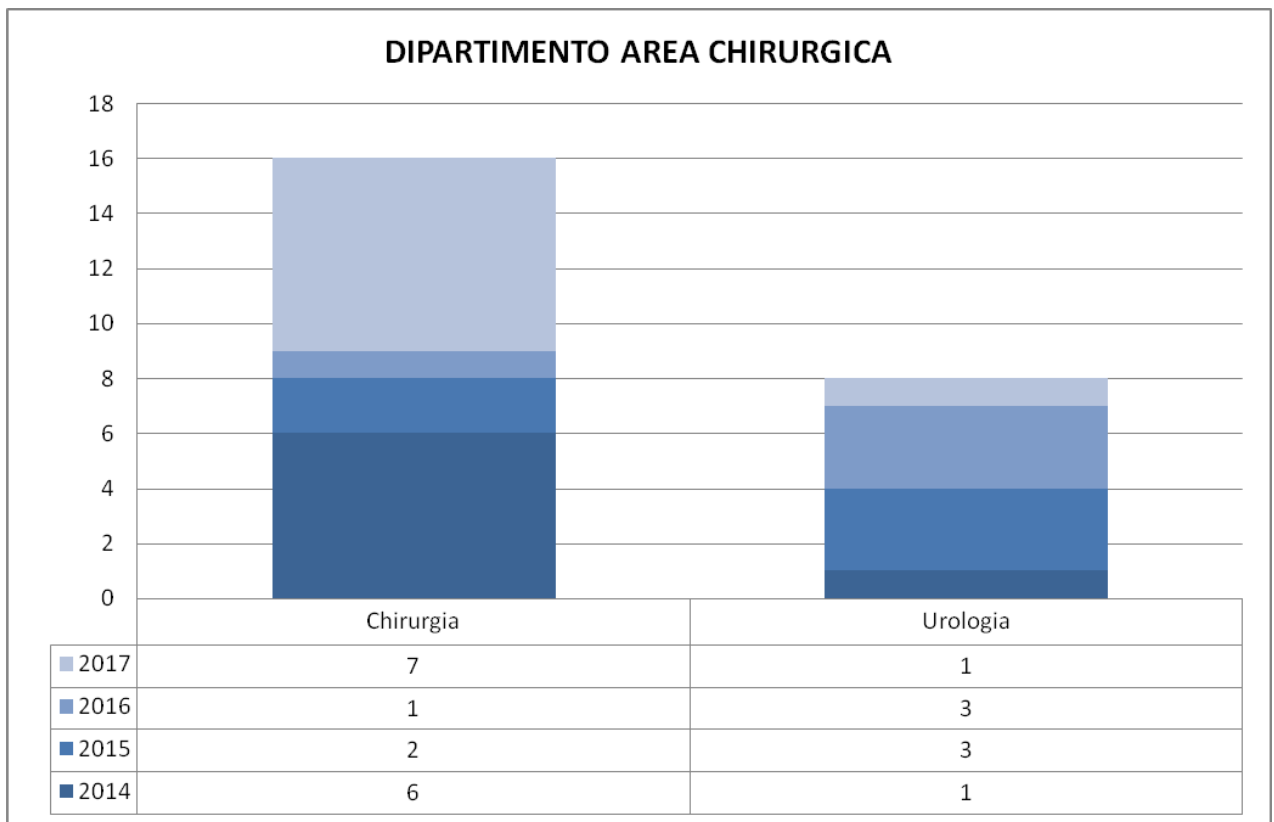
Per analizzare in dettaglio la tipologia delle segnalazioni spontanee si è usata la classificazione del Ministero della Salute presa da: “Risk management in sanità. Il problema degli errori” Commissione tecnica sul rischio clinico (DM 5/03/2003).

Tipologia errore		Descrizione
Errore nell'uso dei farmaci	EF	Errori di prescrizione
		Errori di preparazione
		Errori di trascrizione
		Errori di distribuzione
		Errori di somministrazione
		Errori di monitoraggio
Errore chirurgico	EC	Corpi estranei nel focolaio chirurgico
		Intervento su parte o lato del corpo sbagliata
		Esecuzione chirurgica impropria
		Chirurgia non necessaria
		Gestione non corretta del paziente chirurgico
Errore nell'uso di apparecchiature	EA	Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione (non causati dall'utilizzatore)
		Malfunzionamento dovuto all'utilizzatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)
		Manutenzione inadeguata
		Istruzioni inadeguate
		Pulizia non corretta
		limiti di durata previsti
Esami o procedure diagnostiche	EoPD	Non eseguite
		Programmate ma non eseguite
		Eseguite in modo inadeguato o scorretto
		Eseguite appropriatamente ma su pazienti sbagliati
		Non appropriate
Errori nella tempistica	ET	Ritardo nel trattamento farmacologico
		Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico
		Ritardo nella diagnosi
		Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici

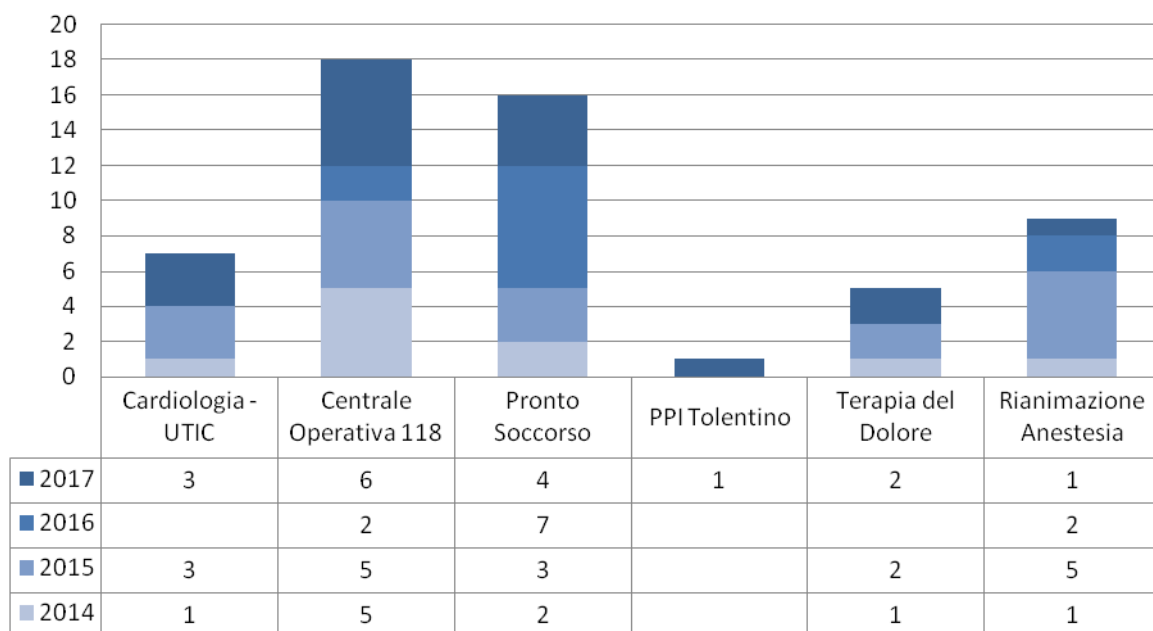
Tabella 2: Tipologia eventi avversi

EoPD Eseguite in modo inadeguato o scorretto	26	20,31%
Caduta	25	19,53%
Altro	21	16,41%
EA Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione	13	10,16%
EC Gestione non corretta del paziente chirurgico	10	7,81%
EoPD Non eseguite	8	6,25%
EA Manutenzione inadeguata	4	3,13%
EF Errori di somministrazione	4	3,13%
EoPD Non appropriate	4	3,13%
ET Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici	4	3,13%
ET Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico	3	2,34%
EF Errori di prescrizione	2	1,56%
EA Istruzioni inadeguate	1	0,78%
EC Chirurgia non necessaria	1	0,78%
EC Corpi estranei nel focolaio chirurgico	1	0,78%
EoPD Programmate ma non eseguite	1	0,78%

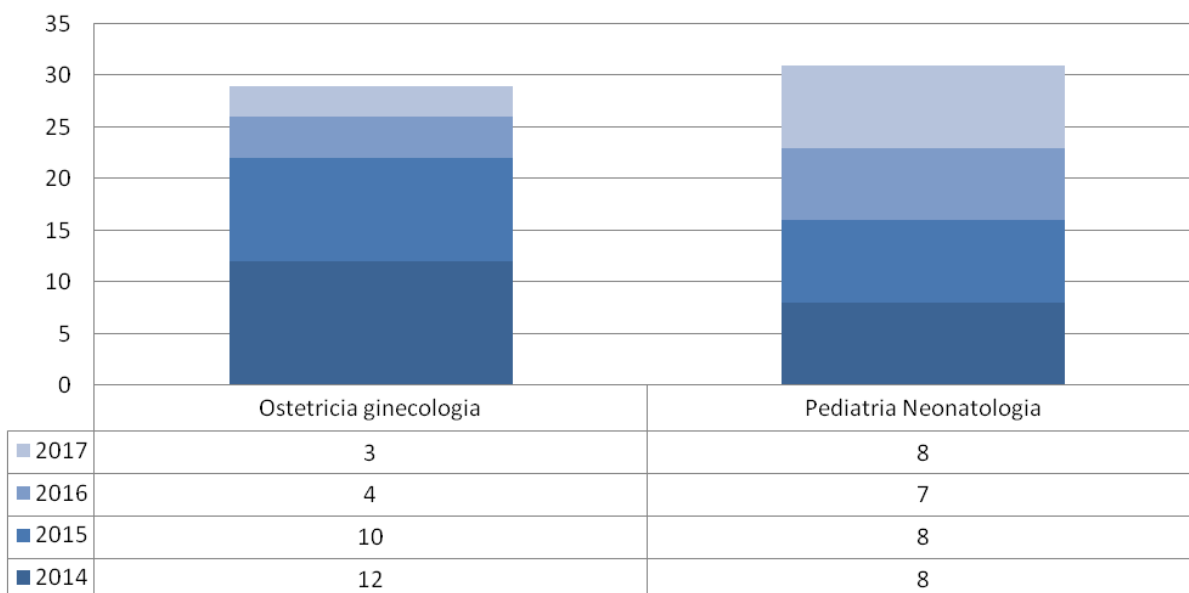
Nelle figure è rappresentato il numero delle segnalazioni spontanee effettuate dalle Unità Operative aggregate per Dipartimento



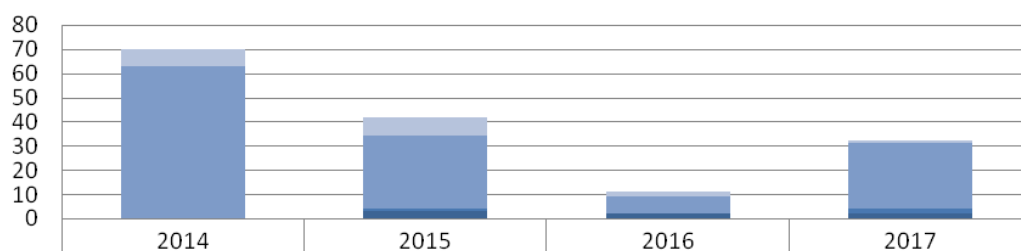
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

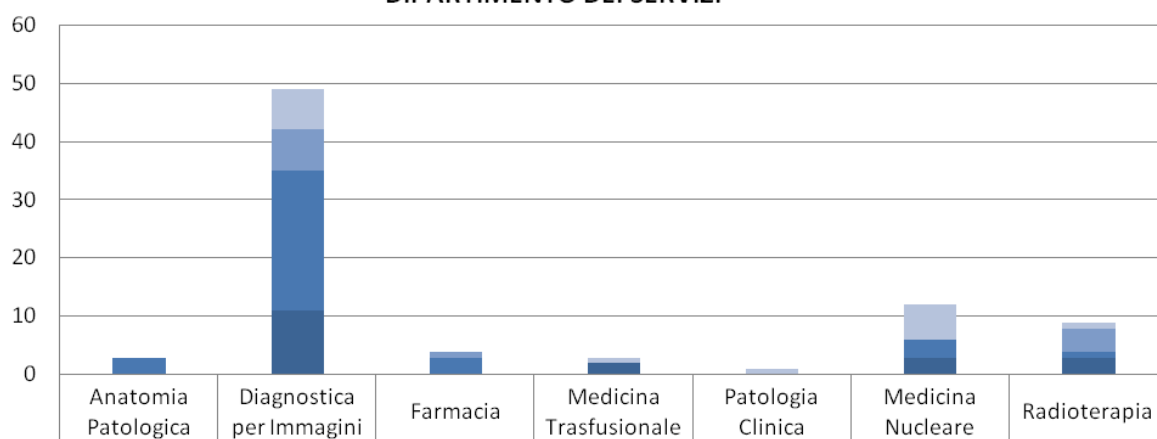


DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE TERRITORIO AV3 MACROAREA OSPEDALIERA



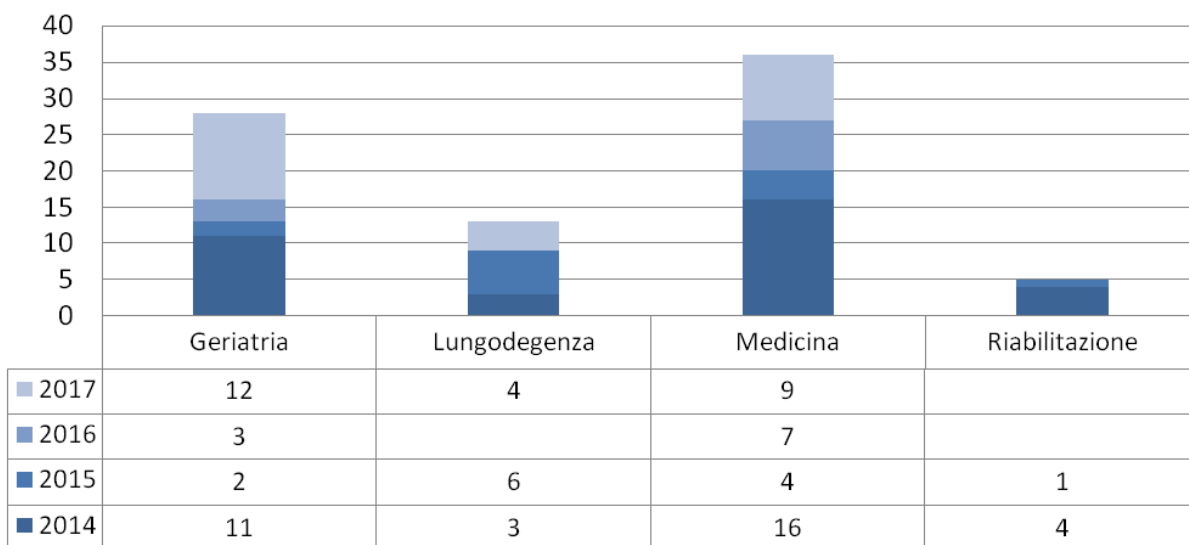
	2014	2015	2016	2017
Territorio	7	8	2	1
DSM	63	30	7	27
DMO		1		2
Blocco Operatorio		3	2	2

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

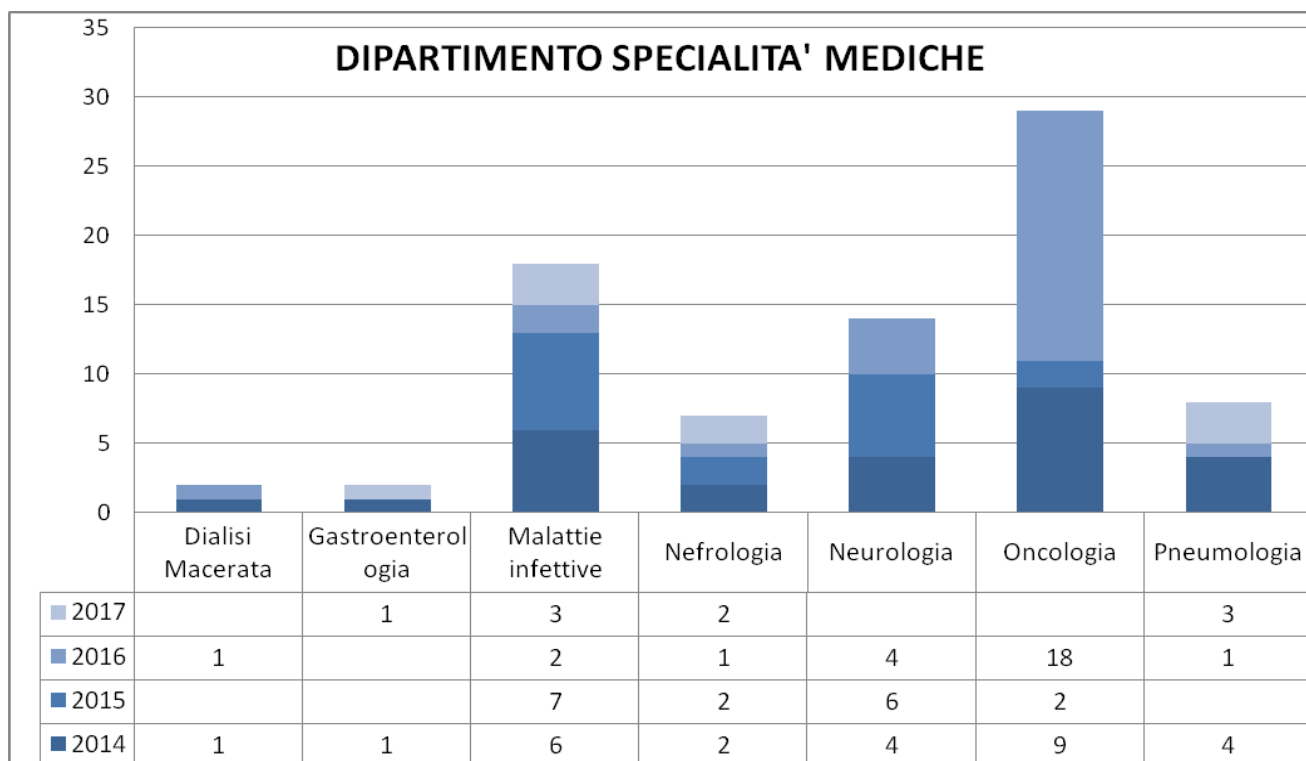


	Anatomia Patologica	Diagnostica per Immagini	Farmacia	Medicina Trasmfusionale	Patologia Clinica	Medicina Nucleare	Radioterapia
2017		7		1	1	6	1
2016		7	1				4
2015	3	24	3			3	1
2014		11		2		3	3

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

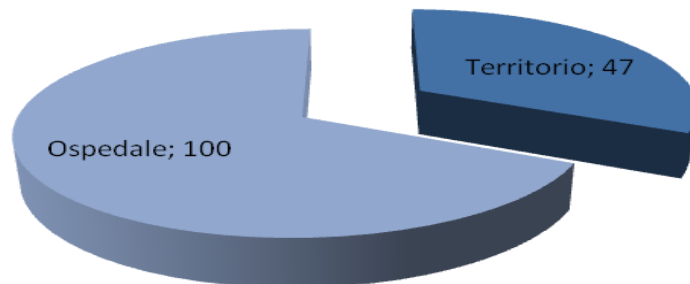


DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

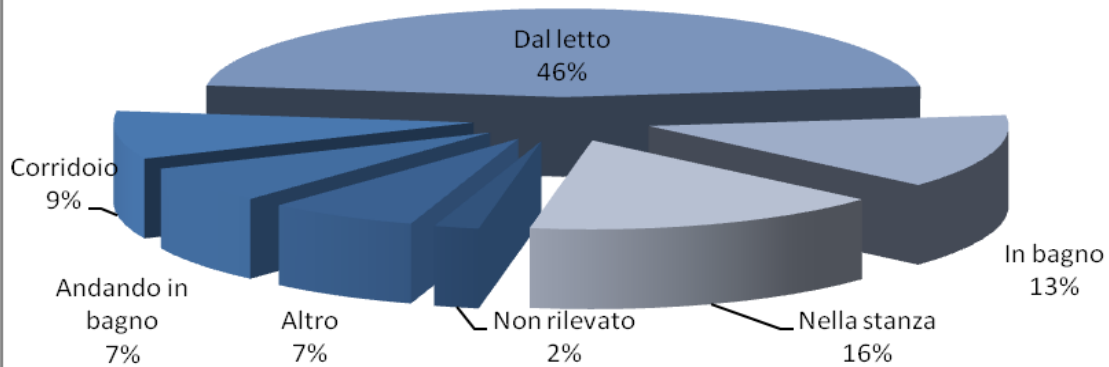


RIASSUNTO CADUTE ACCIDENTALI ANNO 2017

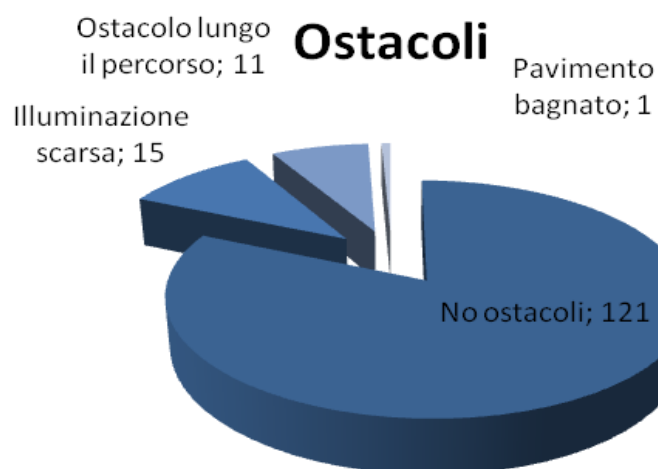
Cadute accidentali



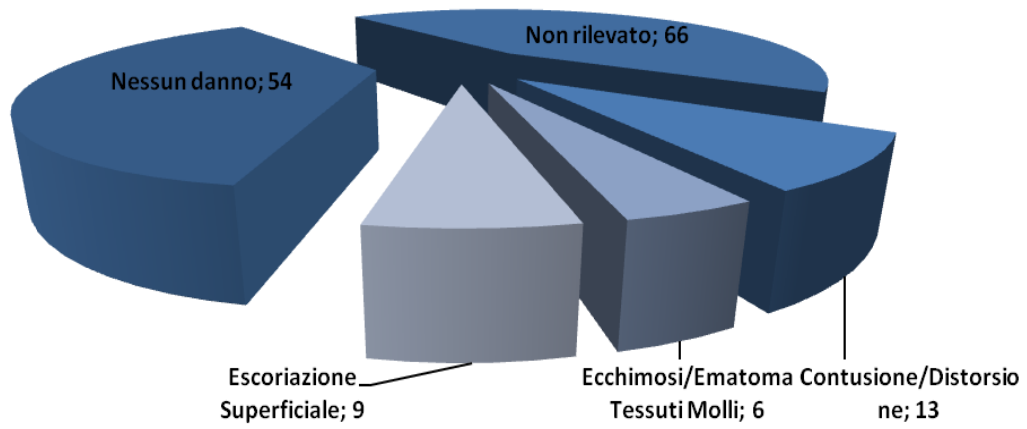
Luogo incidente



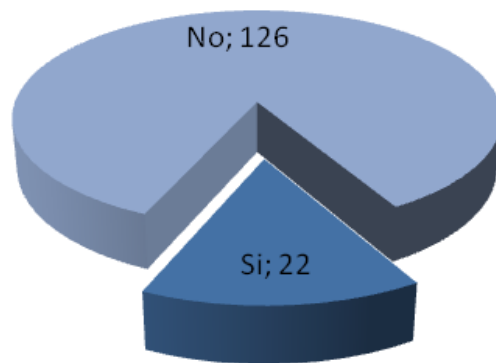
Ostacoli



Conseguenze



Cadute pregresse



Nell'ambito dell'attività dell'UOC di Governo Clinico / Rischio Clinico è stato predisposto un Regolamento provvisorio, in attesa di regolamentazione ASUR, che prevede, al suo interno anche la nomina di Referenti Dipartimentali per l'area dirigenziale e comparto e di Facilitatori per UU.OO.

Inoltre per l'anno 2018 sono stati accreditati tre circoli di miglioramento per rivedere e uniformare in area Vasta i modelli per la segnalazione degli eventi e la procedura per la segnalazione degli stessi, in base anche a quanto previsto dalle raccomandazioni Ministeriali (in allegato si riportano eventi accaduti e tuttavia non segnalati, in base a quanto previsto dalle Raccomandazioni).

Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009

4.16 Obiettivo 16. Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

I miglioramenti della qualità e della sicurezza in sala operatoria sono associati alla capacità del sistema di valutare i propri successi ed insuccessi. L'OMS raccomanda fortemente l'adozione di una lista di indicatori semplici ed essenziali, "vital statistics", per la sorveglianza dell'attività in sala operatoria da utilizzarsi sia a livello delle strutture sanitarie, sia a livello dei professionisti.

- Le Direzioni Aziendali dovrebbero utilizzare strumenti per la misurazione della qualità dell'attività in sala operatoria.
- Le Direzioni Aziendali devono avviare una valutazione standardizzata e sistematica di tutti i casi di decesso occorsi nelle prime 24 ore post-intervento.
- I seguenti indicatori devono essere sistematicamente calcolati a livello ospedaliero:
 - Tasso di mortalità nelle prime 24 ore post-intervento: numero di pazienti deceduti entro le prime 24 ore post intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un anno.
 - Tasso di mortalità post operatoria intraospedaliera: numero di pazienti deceduti all'interno dell'ospedale entro 30 giorni dall'intervento chirurgico per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo.
 - Tasso di infezioni del sito chirurgico: numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio per categoria di intervento sul totale delle procedure chirurgiche eseguite in un determinato periodo di tempo.

Non è appropriato utilizzare tali indicatori per effettuare comparazioni tra regioni, strutture o singoli professionisti; per attuare tali confronti, infatti, sarebbe necessario prendere in considerazione valutazione del case mix e delle comorbidità mediante l'applicazione di metodologie più complesse di risk adjustment. La finalità, invece, è quella di migliorare la qualità assistenziale consentendo alla singola struttura sanitaria di identificare le aree per il miglioramento e tracciarne il trend temporale.

Tab a

Obiettivo 16		Tot interventi ordinari	Totale interventi
		3372	4672
Morti a 24 ore	5	0,15%	0,11%
Morti a 30 giorni	40	1,19%	0,86%

Tab b

INTERVENTO	ICD9	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	Tot	
ADENOMECTOMIA TRANSVESCICALE	60.3	4	5	4	1	1				1	5	4		25	4%
											1			1	
ALTRA APPENDECTOMIA	47.09	6	4	9	8	8	6	7	11	6	2	12	7	86	1%
				1										1	
ALTRA GASTRECTOMIA TOTALE	43.99	1		1	2									4	25%
					1									1	
ALTRA INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	86.04			2	4	2								8	25%
				1	1									2	
ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	83.09	1												1	100%
		1												1	
ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	60.29	4	3	7	4	3	5	6	1	2	5	4		44	2%
										1				1	
ALTRA RESEZIONE PARZIALE DELL'INTESTINO TENUE	45.62			2	2	3	1	1	4	3	4			20	5%
										1				1	
ALTRE LISI DI ADESIONI PERITONEALI	54.59	1		4	2	2	3	2	2	1	1	2	2	22	5%
				1										1	
ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO	44.99						1							1	100%
							1							1	
BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	86.11		1		1									2	50%
					1									1	
CATERIZZAZIONE URETERALE	59.8	3	6	7	6	4	7	3	4	2	3		3	48	2%
							1							1	
CHIUSURA RITARDATA DI FERITA ADDOMINALE IN VIA DI CICATRIZZAZIONE	54.62									1	1			2	50%
										1				1	
COLECISTECTOMIA	51.22	2	3	4	4	3		2	1	3	1		2	25	8%
								1	1					2	
COLOSTOMIA, SAI	46.10			1				1	2					4	25%
				1										1	
CONTROLLO DI EMORRAGIA, SAI	39.98		2	1	1	2	1		2	1	1			11	18%
						1			1					2	
EMICOLECTOMIA DESTRA	45.73	4	6	4	3	2	4	3	4	2	3		4	39	3%
							1							1	
ESTERIORIZZAZIONE DELL'INTESTINO CRASSO	46.03						1		1				1	3	33%
							1							1	
LAPARATOMIA ESPLORATIVA	54.11	2	1		1	1	2			2	1	1	1	12	17%
		1									1			2	
LEGATURA DELLE EMORROIDI	49.45					1								1	100%
						1								1	
NEFROURETERECTOMIA	55.51	2			1	2	1	2	1	4	1		1	15	7%
		1												1	
POSIZIONAMENTO DI TUBO DI KHERR O TPE PER DECOMPRESSIONE	51.43						1							1	100%
							1							1	
RESEZIONE DEL CIECO	45.72	2	1	1										4	25%
				1										1	
RIAPERTURA DI LAPAROTOMIA RECENTE	54.12		1		2	1					1		1	6	17%
					1									1	
RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DEL FEMORE, CON FISSAZIONE INTERNA	79.35	12	14	20	16	18	13	13	13	14	16	15	13	177	4%
				1	2	1	1		2					7	
SIGMOIDECTOMIA	45.76	1	1	2	4	1	3	2		1	1	2	2	20	10%
				1	1									2	
SOSTITUZIONE DI ZAFFAMENTO O DRENAGGIO DI FERITA	97.16									2				2	50%
										1				1	
SOSTITUZIONE PARZIALE DELL'ANCA	81.52	9	7	7	5	7	5	6	10	6	8	5	7	82	4%
					1		1					1		3	

La riga in giallo riporta il numero dei pazienti deceduti



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

Lista degli eventi sentinella	3.2. Grave danno
1. Procedura in paziente sbagliato	<p>In riferimento alla definizione di evento sentinella, di cui al punto 3.1 "...evento avverso di particolare gravità potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno..." ed ai fini del presente protocollo, si considera grave danno qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato:</p> <p>Morte <input type="checkbox"/></p> <p>Disabilità permanente <input type="checkbox"/></p> <p>Coma <input type="checkbox"/></p> <p>Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione <input type="checkbox"/></p> <p>Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente <input type="checkbox"/></p> <p>Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva <input type="checkbox"/></p> <p>Reintervento chirurgico <input type="checkbox"/></p> <p>Rianimazione cardio respiratoria <input type="checkbox"/></p> <p>Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura <input type="checkbox"/></p> <p>Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO <input type="checkbox"/></p> <p>Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Se "Altro" Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)</p>
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3. Errata procedura su paziente corretto	
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	
9. Morte o grave danno per caduta di paziente	
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	
11. Violenza su paziente	
12. Atti di violenza a danno di operatore	
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

Facendo seguito a quanto indicato precedentemente, in base all'analisi del flusso SDO e del Registro Operatorio, gli eventi sentinella che gli operatori avrebbero dovuto segnalare sarebbero anche i seguenti

Reintervento chirurgico					Trasferimento ad una unità di terapia intensiva		
UO_EROGANTE	N° 2	N° 3	N° 4	Tot reinterventi		UO Dimissione	Modalità Dimissione
CHIRURGIA	20	3	1	24	UO Ammissione	Rianimazione	
ORTOPEDIA	2			2	Cardiologia	1	Decesso
OSTETRICIA	10			10	Chirurgia	3	Decesso
UROLOGIA	12	1		13	Malattie Infettive	1	Decesso
					Medicina	6	Decesso
					Nefrologia	3	Decesso
					Neurologia	1	Decesso
					Ortopedia	1	Decesso
					Endoscopia Digestiva	1	Decesso
					Pneumologia	1	Decesso