



## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

ANNO 2019

(Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 2 comma 5)

Normativa di riferimento:

- ✓ 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”*
- ✓ Circolare Regione Piemonte prot. n. 13352 del 16 giugno 2017 *“Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative”*.



## EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Le informazioni relative agli eventi sentinella sono registrate sul portale Sistema Piemonte (disponibile al link <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/servizi/835-simes-sistema-informativo-monitoraggio-errori-in-sanita>).

La Regione Piemonte con Determinazione n. 699 del 7.8.2014 ha previsto la compilazione della Scheda di monitoraggio a lungo termine delle azioni correttive delle ASR (piani di azione)” per la segnalazione delle azioni di miglioramento applicate in relazione agli eventi sentinella.

Nella tabella di seguito sono indicati gli Eventi Sentinella che si sono verificati nel biennio 2018–19 dati estrapolati dall’applicativo SIMES Regione Piemonte al 31/01/2020.

<b>EVENTI SENTINELLA Biennio 2018-19</b>				
<b>NUMERO EVENTO</b>	<b>AREA</b>	<b>CATEGORIA EVENTO</b>	<b>PIANO DI AZIONE</b>	<b>SCHEDA DI MONITORAGGIO A LUNGO TERMINE DELLE AZIONI ACORRETTIVE</b>
n. progressivo SIMES Regionale	Es. S.C. / Dipartimento Ortopedia, Ostetricia, ecc...	Inserire categoria evento secondo l’elencazione di cui al Protocollo di monitoraggio ministeriale (es. 1. Procedura in paziente sbagliato, 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata, ecc.)	Azione/i di miglioramento realizzate in relazione all’evento sentinella	Azioni a lungo termine di cui alla scheda C
243	Area Toraco-Cardio-Vascolare	ES n° 4 Strumento o altro materiale lasciato all’interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	Richiamo al rispetto delle specifiche procedure aziendali	Il monitoraggio è costante attraverso il sistema di segnalazione aziendale



## SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L'incident reporting è uno strumento per la raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e spontanea, relative ad eventi indesiderati e/o quasi eventi.

### SISTEMA DI SEGNALAZIONE AZIENDALE

Presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara è attivo un sistema di segnalazione errori/eventi avversi/eventi sentinella. Tale sistema è stato attivato a partire dal 2008, contestualmente sono state definite specifiche procedure aziendali e la relativa modulistica per la segnalazione tra le quali rientrano:

- PG\_VRQ\_006 Segnalazione Eventi Sentinella con il relativo modulo di segnalazione
- MO\_VRQ\_014\_Segnalazione Evento Sentinella
- PG\_VRQ\_016 Gestione segnalazioni ed eventi avversi con il relativo modulo di segnalazione
- MO\_VRQ\_010\_Segnalazione errori ed eventi avversi

Tale sistema di segnalazione è stato presentato agli operatori attraverso i corsi aziendali annuali sul rischio clinico. Sia le procedure che la modulistica di riferimento sono disponibili all'interno la rete intranet aziendale e sono pertanto fruibili da tutti gli operatori. I dati raccolti attraverso tale sistema di segnalazione spontanea "Incident Reporting" relativo a eventi e/o quasi eventi. Lo strumento maggiormente utilizzato per l'analisi approfondita degli eventi che si verificano è l'*audit clinico* finalizzato ad accertare la natura del rischio e individuando le azioni di prevenzione attuabili, compreso il relativo monitoraggio nel tempo.



## Incident Reporting – anno 2019

Nel corso del 2019 sono stati segnalati 41 eventi. Si evidenzia un incremento delle segnalazioni nel corso degli anni a testimonianza della sensibilità crescente nei professionisti di segnalare fenomeni che generano un rischio per i pazienti.

Nella tabella di seguito riporta eventi indesiderati e/o quasi eventi raccolti attraverso gli strumenti di incident reporting attivi a livello aziendale, diversi dagli eventi sentinella di cui alla tabella precedente.

INCIDENT REPORTING – Anno 2019			
Tipologia di Evento	N.	Area di Appartenenza	Tipologia evento/quasi evento
Quasi Eventi	<b>5, di cui:</b>		
	2	Area della Diagnostica e dei Servizi	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	1	Area Oncologica	Organizzativo/procedurale
	1	Area Materno-Infantile	Organizzativo/procedurale
	1	Area Emergenza-Urgenza	Organizzativo/procedurale
Eventi Avversi	<b>41, di cui:</b>		
	9	Area Oncologica	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	7	Area Medica	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	5	Area Toraco-Cardio-Vascolare	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	4	Area Chirurgica	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	4	Area della Diagnostica e dei Servizi	Organizzativo/procedurale
	4	Area Materno-Infantile	Organizzativo/procedurale
	3	Area Emergenza-Urgenza	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
Eventi/Quasi Eventi con Audit	<b>10, di cui:</b>		
	2	Area Chirurgica	Organizzativo/procedurale
	2	Area della Diagnostica e dei Servizi	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	2	Area Oncologica	Organizzativo/procedurale
	2	Area Materno-Infantile	Organizzativo/procedurale e tecnologico/strutturale
	1	Area Emergenza-Urgenza	Organizzativo/procedurale
1	Area Toraco-Cardio-Vascolare	Organizzativo/procedurale	



## Azioni di Miglioramento

La gestione del rischio attraverso strumenti di identificazione e di analisi dell'errore è volta favorire alla comprensione delle cause e della dinamica che hanno condotto all'evento avverso, spesso evitato. Tale attività di prevenzione degli errori si inserisce un'ottica di miglioramento continuo e apprendimento per i professionisti. Le azioni di miglioramento messe in campo includono:

- Supporto ai professionisti con elaborazione e/o revisionare dei PDTA, protocolli clinici, istruzioni operative e procedure in uso;
- Realizzazione di Audit clinico-organizzativi sui processi evidenziati dal sistema di incident reporting ed in particolare per quanto riguarda l'identificazione del paziente nella gestione della terapia farmacologica;
- Realizzazione di corsi ed eventi di formazione (anche con modalità FAD) inerenti le tematiche del Rischio Clinico.

## BUONE PRATICHE AGENAS – anno 2019

L'AOU di Novara ha inoltre partecipato all'iniziativa nazionale promossa da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), volta all'individuazione e la raccolta delle esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure. L'adesione alla "Call for Good Practices" 2019 ha portato alla validazione delle seguenti Buone Pratiche:

- Gestione precoce del paziente settico
- Monitoraggio dei parametri vitali dei degenti e allertamento medico per la prevenzione della mortalità evitabile: sperimentazione del progetto PRIMA in una AOU della Regione Piemonte