

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5) AGGIORNAMENTO ANNO 2023

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: 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 / Eventi Sentinella

Nell’anno 2023, mediante il sistema di Incident Reporting, sono stati raccolti 54 eventi, di cui 25 Near Miss senza conseguenze avverse per il paziente, 20 Eventi Avversi con danno lieve e 9 Eventi Sentinella. La caduta del paziente rappresenta l’evento più frequentemente segnalato; tuttavia, nella maggioranza dei casi, la caduta non ha avuto conseguenze per il paziente (24 Near Miss) o è esitata in danno lieve (15 Eventi Avversi). Soltanto in 7 casi l’evento caduta ha comportato grave danno al paziente, configurandosi come Evento Sentinella. Analizzando gli eventi “caduta” classificati come Near Miss/Eventi Avversi è emerso che il fattore favorente più frequentemente individuato è riconducibile a caratteristiche intrinseche al paziente (condizioni generali precarie etc.) o alla inosservanza delle disposizioni dettate dagli operatori ai pazienti individuati come a rischio caduta (a diversi pazienti è stato raccomandato di allertare il personale sanitario per essere aiutato ad alzarsi dal letto durante la notte per, magari, recarsi presso i servizi igienici, ma ciò talora non è stato rispettato).

NEAR MISS

Descrizione	N.
Caduta	24
Errore di somministrazione di terapia farmacologica	1
Totale	25

EVENTI AVVERSI

Descrizione	N.
Caduta	15
Violenza a danno di operatore	1
Lesioni da medicazione	4
Totale	20

EVENTI SENTINELLA

N.	Categoria evento	Azioni di miglioramento
1	Morte o grave danno per caduta di paziente	Monitoraggio della corretta applicazione della Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffusione di una circolare per il Pronto Soccorso allo scopo di richiamare il personale al rispetto della procedura aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie di cui alla deliberazione del direttore generale n. 279 del 28/11/2017; ✓ Elaborazione di un Protocollo Operativo per la gestione dello stazionamento del paziente in barella in caso di mancanza di posto letto.
3	Morte o grave danno per caduta di paziente	Emanazione di una circolare a firma congiunta con la Direzione Sanitaria Aziendale rivolta a tutto il personale per una più attenta e corretta applicazione della Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente .
4	Morte o grave danno per caduta di paziente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continua formazione sul campo degli operatori relativamente alla corretta applicazione della procedura aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente; ✓ Monitoraggio della corretta applicazione della procedura aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente.
5	Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'evento sentinella.
6	Morte o grave danno per caduta di paziente	Il personale tutto è stato invitato al rispetto di quanto previsto dalla Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28/11/2017.
7	Morte o grave danno per caduta di paziente	Non sono emersi fattori che abbiano determinato o contribuito al verificarsi dell'evento poiché, attraverso la valutazione del rischio caduta, non sono stati identificati elementi tali da far ritenere la paziente a rischio. Pertanto trattasi di evento non prevenibile.
8	Morte o grave danno per caduta di paziente	Non sono emersi fattori che abbiano determinato o contribuito al verificarsi dell'evento poiché gli operatori, valutato il rischio di caduta della paziente, hanno attuato le misure preventive opportune. Pertanto trattasi di evento non prevenibile.
9	Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	Elaborazione di una Procedura per il corretto posizionamento dei pazienti in sala operatoria allo scopo di ottimizzare il metodo lavorativo, adottando tutte le precauzioni al fine di garantire al paziente il più basso rischio di disagio e/o danno, immediato o postumo, provocato da un errato posizionamento sul letto operatorio.

Il Direttore u.o.c. Risk Management
Dott. Danilo Lisi

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa