

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI VERIFICATISI ALL'INTERNO DELLA USL Umbria 2 anno 2017

La recente Legge 24/2017, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, all'articolo 2 comma 5, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano 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; è previsto inoltre che detta relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Quanto previsto dalla norma in realtà amplia ulteriormente lo scenario, andando ben oltre il tema della rilevazione dei soli "eventi avversi", per richiamare quello della "misurazione della sicurezza delle cure" e delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni.

L'individuazione degli eventi viene correlata dal legislatore con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento degli stessi e per aumentare il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie; l'elemento centrale è pertanto la prevenzione, il miglioramento e l'impegno delle organizzazioni per la sicurezza ed il miglioramento.

Le organizzazioni sanitarie dispongono di un insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Occorre precisare che gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure non sono solo quelli che causano un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) e i rischi (i cosiddetti "*quasi eventi*"/*near miss*: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

La presente relazione annuale contiene le "conseguenti iniziative messe in atto" a seguito dell'analisi degli eventi o quasi eventi/ *near miss* che rappresentano quindi delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

Le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza e il loro impegno per la sicurezza ed il miglioramento.

Un elevato numero di segnalazioni è espressione di una elevata attenzione alla sicurezza del paziente, una maggiore sensibilizzazione alla segnalazione ed una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie di 4.152 Km², una densità media di 93,65 abitanti per Km². La popolazione complessiva assistita è pari a 386.215 abitanti (dati Istat al 01/01/2016).

Dalla *Relazione Sanitaria 2016 della USL Umbria 2* pubblicata sul sito web aziendale, si estrapolano alcuni dati per dare un cenno sulle dimensioni delle prestazioni erogate.

L'assistenza Distrettuale svolta dai sei distretti sanitari, Terni, Foligno, Spoleto, Orvieto, Narni-Amelia, Valnerina sono le strutture attraverso cui l'azienda sanitaria assicura nel territorio una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione attraverso l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria.

Il numero di utenti con assistenza domiciliare è stato di 14353 e sono state erogate 207977 prestazioni infermieristiche domiciliari.

Nella rete dei servizi per le cure palliative sono compresi due Hospice (Terni e Spoleto) e l'assistenza domiciliare. Gli utenti seguiti dalle cure palliative domiciliari sono 650, mentre 398 pazienti sono stati assistiti negli Hospice.

Il totale delle prestazioni specialistiche erogate nell'anno 2016 sono 4651126, di cui 3760641 (81%) esami e prelievi di laboratorio analisi, 181418 (4%) diagnostica per immagini, 709067 (15%) Altro (visite specialistiche, esami strumentali).

L'attività di prevenzione rivolta alla persona viene erogata dal Dipartimento di Prevenzione.

Sono stati somministrati 7411 vaccini per l'infanzia; 15760 donne hanno aderito all'invito dello screening mammografico e 15548 donne hanno aderito allo screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (pap-test, HPV test).

L'assistenza ospedaliera alla popolazione è assicurata dagli Ospedali di Foligno, Spoleto, Narni, Amelia, Orvieto e Norcia.

Gli Ospedali di Foligno, Spoleto, Orvieto fanno parte della rete regionale della emergenza urgenza come DEA di I livello e garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital, Day Surgery ed ambulatoriale.

Gli Ospedali di Norcia, Narni, Amelia garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital, Day Surgery ed ambulatoriale; Trevi, Cascia e la Domus Gratiae sono dedicati esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale. L'assistenza psichiatrica in regime di ricovero è garantita attraverso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

L'organizzazione di tale offerta prevede le seguenti tipologie di ospedali:

- n. 3 Ospedali dell'emergenza sede di DEA di 1° Livello: Foligno, Spoleto, Orvieto;
- n. 6 Ospedali di base: Trevi, Norcia, Cascia, Narni, Amelia, Domus Gratiae cui si aggiunge il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con sede fisica nell'Ospedale di Terni.

Nei tre Punti Nascita di 1° Livello (Foligno, Spoleto, Orvieto) nel corso del 2016 sono stati garantiti 2139 parti, di cui 1140 a Foligno, 530 nel punto a Spoleto e 469 a Orvieto.

La dotazione dei posti letto della USL Umbria 2 (come da Mod. Ministeriale HSP 12) sono pari a 863, di cui 724 di degenza ordinaria e 139 di Day Hospital/Day Surgery con un'attività di ricovero complessiva di 36128 ricoveri.

L'analisi dei dati per tipologia di assistenza mostra che il 95,5% afferisca ad un'attività per acuti, il 3,9% alla riabilitazione e lo 0,6% alla lungodegenza.

La degenza media complessiva per i ricoveri ordinari per acuti è pari 6,2 giorni.

L'ORGANIZZAZIONE E LE FUNZIONI DELLA STRUTTURA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

AZIENDALE

Gestire il rischio significa aumentare la sicurezza delle cure erogate ai pazienti, promuovere la cultura della sicurezza, imparare dagli errori e mirare al miglioramento continuo della pratica clinica.

Il Servizio Gestione Rischio Clinico Aziendale si colloca nell'area centrale/servizi di staff della Direzione Sanitaria con la mission di mettere in atto attività, metodi, strumenti ed azioni che permettono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi con l'obiettivo di evitare, prevenire e mitigare effetti avversi o danni derivanti dall'assistenza sanitaria. Il Servizio Gestione Rischio Clinico promuove la "cultura della sicurezza" implementando le buone pratiche, superando le barriere alla segnalazione degli eventi avversi per imparare dall'esperienza e dagli errori e creare negli operatori maggiore consapevolezza in riferimento alle azioni, agli eventi e i loro effetti sulla sicurezza dei pazienti.

Le principali funzioni attribuite alla struttura di Gestione Rischio Clinico sono:

- predisporre il "Rapporto annuale sul profilo di rischio clinico";
- coordinare la Rete dei Referenti per la gestione del rischio clinico;
- programmare e realizzare eventi formativi per specifici ambiti di intervento al fine di promuovere la cultura della sicurezza;
- promuovere le segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi evitati;
- monitorare gli eventi sentinella, gli eventi avversi e gli errori;
- supportare i professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica, nell'applicazione delle Linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list ed altri strumenti per la prevenzione degli errori e monitorarne l'applicazione;
- promuovere l'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il controllo del rischio clinico e degli eventi avversi e sostenere i professionisti nella loro realizzazione;
- promuovere campagne di sensibilizzazione per il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari in tema di sicurezza.

SCHEDE DESCRITTIVE DELLE FONTI INFORMATIVE/STRUMENTI DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	INCIDENT REPORTING
Letteratura/Normativa di riferimento	<p>-DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico).</p> <p>-Accordo Stato Regione 19 febbraio 2015 (6 criterio: Appropriately clinica e sicurezza- 6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi-)</p> <p>-Linee guida per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso, per una comunicazione aperta e trasparente, Ministero della Salute, aprile 2011</p> <p>-WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems (2006)</p> <p>-La sicurezza del paziente, edizione italiana, Vincent C. (2011)</p> <p>-WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, January 2009</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’ Incident Reporting è uno strumento per la segnalazione, l’analisi e la valutazione di pericoli o eventi da parte degli operatori.</p> <p>L’obiettivo primario è sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi indesiderati e dei quasi eventi, offrire l’opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall’esperienza.</p> <p>Gli obiettivi secondari sono attivare un processo strutturato di analisi degli eventi per l’identificazione dei fattori contribuenti e determinanti, definire e mettere in atto le azioni correttive e/o preventive per ridurre le situazioni pericolose e la ripetizione di errori o eventi avversi e disporre di dati utili alla definizione del profilo di rischio locale mettendo in luce pericoli e anomalie non identificabili con altri strumenti.</p> <p>Il Servizio Gestione Rischio Clinico della USL Umbria 2 ha elaborato e diffuso una procedura generale di gestione rischio clinico “PG GRC Gestione eventi avversi ed Incident Reporting”, l’applicazione della procedura si propone di sviluppare un sistema locale di segnalazione e apprendimento (Reporting and Learning System RLS) e di promuovere la cultura della sicurezza.</p> <p>La segnalazione avviene a partire dal 2014 con apposita scheda a seguito dell’identificazione di un evento avverso (evento che ha causato un danno, non previsto e non intenzionale, ad un paziente) o di un near miss (evento che avrebbe potuto causare un danno al paziente ma che, per fortuna o per abilità, non lo ha provocato) da parte di un operatore sanitario, che ne è testimone diretto oppure che ne è venuto a conoscenza.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nell’anno 2017 al Servizio Gestione Rischio Clinico sono pervenute n. 67 segnalazioni spontanee di incidenti/eventi con danno minore o moderato o di quasi eventi /near misses. Le segnalazioni sono state raggruppate per tipologia di evento. Poiché in alcuni casi sono stati individuati più tipi di errori o criticità il numero totale risulta 88.</p> <p>Il 19,3 % delle criticità riguardano l’inefficace comunicazione, il 18% atti di violenza a danno di operatore, il 10% rispettivamente errori in terapia farmacologica, errata identificazione del paziente e criticità legate al team e all’organizzazione.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>-Svolte attività di analisi degli eventi segnalati o in equipe o attraverso il coinvolgimento del Servizio Gestione Rischio Clinico con metodologie quali Significant Event Audit (S.E.A.) e Rassegne Morbidity and Mortality (M&M) con la definizione di opportune azioni correttive e di miglioramento;</p> <p>-implementazione del braccialetto identificativo;</p>

	<p>-diffuse raccomandazioni e buone pratiche per la standardizzazione del trasferimento delle informazioni cliniche dei pazienti tra gli operatori e tra servizi/ strutture per garantire la continuità e la sicurezza delle cure;</p> <p>-predisposizione e diffusione Safety Alert 5: il metodo SBAR per un <i>clinical handover</i> efficace e sicuro;</p> <p>-redazione Procedura Generale TRASPORTO SECONDARIO INTEROSPEDALIERO;</p> <p>-redazione Procedura Generale PROCEDURA OPERATIVA PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO (STAM);</p> <p>- predisposizione di una SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE.</p>
Risultati ottenuti	<p>50% di incremento delle segnalazioni dal 2016 al 2017 come risultato di una maggiore sensibilizzazione degli operatori anche mediante la formazione; partecipazione di 292 discenti al corso LA SEGNALAZIONE E L'ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI EVITATI-“ DALL'INFORMAZIONE ALL'AZIONE” e 190 discenti al corso LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA USL UMBRIA 2</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	SAFETY WALK ROUND
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Manuale Safety Walk Round (Ministero della Salute, Regione Lombardia – aprile 2012) - Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, Console P, O'Quinn M, Thibault G, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners Health, Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005, 31,8:423-37. - Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, Sexton B, Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety, Health Services Research , December 1 2008 - Frankel A. , Graydon-Baker E. et al, Patient Safety Leadership Walkrounds , Joint Commission Journal on Quality and Safety, Vol. 29, N. 1, 2003 –
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>I Safety Walk Round (SWR), i “ giri per la sicurezza”, sono visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità. Il SWR offre molteplici vantaggi, alcuni immediati, nel momento in cui consente di identificare rischi e di agire rispetto agli stessi, altri più estesi nel tempo, in quanto concorre allo sviluppo della cultura istituzionale della sicurezza del paziente, come evidenziato anche dalla letteratura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ promuove il lavoro di gruppo, apre canali di comunicazione e offre l’opportunità per l’equipe di impegnarsi per promuovere insieme la sicurezza dei pazienti; ▪ ogni problema segnalato dagli operatori è importante e deve essere considerato; poiché molte criticità devono essere affrontate in modo multidisciplinare, è necessario avere relazioni positive con i dirigenti ed i capi dipartimento e struttura. Il coinvolgimento dei dirigenti è un fattore importante per la motivazione nel creare i piani e per l’implementazione degli stessi. <p>Il metodo consente, quindi, a dirigenti ed operatori di confrontarsi, sia durante le visite nelle Unità Operative che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante la implementazione delle azioni per aumentare il livello di sicurezza del paziente.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Negli anni 2016 e 2017 si sono svolti 7 “ giri per la sicurezza”, sono stati intervistati 47 operatori e raccolte 711 voci analitiche espressioni verbali informali di criticità o insufficienze percepite dagli operatori nel loro contesto lavorativo. I fattori contribuenti più frequentemente individuati, in base alla tassonomia di Vincent, sono quelli legati al team e comunicazione (26%) e ai fattori organizzativi e gestionali ed ambiente di lavoro (24% rispettivamente).</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> -Azioni logistico/strutturali; -interventi sulle tecnologie; -predisposizione di informative rivolte ai pazienti ricoverati e loro familiari che contenga regole di buon comportamento nell’unità operativa, diritti/doveri, principali indicazioni sull’organizzazione del reparto e affissione negli ambienti comuni e nelle stanze di degenza; -individuati i riferimenti di buona pratica per l’attività clinica e/o predisposizione di percorsi diagnostici terapeutici; -interventi organizzativi/team; -organizzazione di incontri multidisciplinari e tra strutture diverse per migliorare la comunicazione ed implementare il metodo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) per standardizzare tutti i passaggi di informazione tra operatori.; -predisposizione e diffusione Safety Alert 5: il metodo SBAR per un <i>clinical handover</i>. efficace e sicuro, per un corretto passaggio di consegne tra operatori.

Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none">- Sviluppo negli operatori di una maggiore consapevolezza del rischio presente nelle singole realtà operativa e della motivazione ad impegnarsi nella realizzazione delle azioni di miglioramento proposte da loro stessi.-Disponibilità di informazioni complementari agli altri strumenti di risk assessment utili per la mappatura del rischio clinico aziendale.
--------------------	---

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	– Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 - Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di <i>farmacovigilanza</i> adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013).
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La farmacovigilanza (FV) è un sistema di segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaco finalizzato a valutare in maniera continuativa tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i medicinali in commercio, un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.</p> <p>La segnalazione delle ADR costituisce pertanto uno strumento fondamentale per la definizione del profilo di tollerabilità di un farmaco nelle sue reali condizioni di impiego.</p> <p>L'integrazione di flussi di farmacovigilanza ed Incident Reporting è concordata con il Dipartimento Assistenza Farmaceutica e definita nella Procedura Aziendale "Farmacovigilanza".</p> <p>La segnalazione delle ADR legati ad errore in terapia farmacologica, oltre che al sistema di FV, sono segnalati anche al Servizio Gestione Rischio Clinico.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Il 10% degli errori/criticità segnalati hanno riguardato errori in terapia farmacologica di cui 1 errore con doppia segnalazione (ADR e incident reporting).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> -Svolte attività di analisi degli eventi segnalati o in equipe o attraverso il coinvolgimento del Servizio Gestione Rischio Clinico con metodologie quali Significant Event Audit (S.E.A.) e rassegne Morbidity and Mortality (M&M) con la definizione di opportune azioni correttive e di miglioramento; - aggiornamento Procedura Generale: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro –KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio; -redazione Procedura Generale: GESTIONE DEI FARMACI LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE; -diffusione Safety Alert 1: L'ACCURATEZZA NELL'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE; -diffusione Safety Alert 2: SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI; -diffusione Safety Alert 3: CORRETTA COMUNICAZIONE DI PRESCRIZIONI O RISULTATI AL TELEFONO; -diffusione Raccomandazione Ministeriale n. 17 PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA e predisposta scheda da inserire in cartella clinica; -predisposizione e diffusione Safety Alert 6: sicurezza nella terapia farmacologica "ricognizione e riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura".
Risultati ottenuti	Si riscontra un incremento del 130% delle segnalazioni di ADR dal 2015 al 2016 come risultato di una maggiore sensibilizzazione degli operatori sulle tematiche della farmacovigilanza mediante il progetto "Punto sulla Farmacovigilanza" per i MMG e PLS e l'evento formativo "La prevenzione degli errori in corso di terapia farmacologica" realizzato in collaborazione con il referente aziendale della farmacovigilanza con la partecipazione di 294 discenti

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> -Decreto 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”. (GU Serie Generale n.300 del 28-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 69) - Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 (istituzione Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali –SISTRA-) -Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, Ministero della Salute, Marzo 2008. -Legge 21 Ottobre 2005, n. 219 – Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati.
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il referente dell’emovigilanza per la Struttura Trasfusionale ha il compito di raccogliere le segnalazioni sia interne che provenienti dalle unità di raccolta e di notificarle alla struttura regionale di coordinamento tramite il sistema informativo regionale, il referente regionale della struttura di coordinamento ha il compito di verificare e validare la qualità delle informazioni trasmesse dalle strutture trasfusionali e provvedere all’inoltro al Centro Nazionale Sangue delle segnalazioni. Il referente dell’emovigilanza per la Struttura Trasfusionale, qualora ricevesse segnalazioni che riguardano la sicurezza del paziente, le trasmette al Servizio Gestione Rischio Clinico con modalità di Incident Reporting o Eventi Sentinella in base alla tipologia di evento accaduto.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Il 6% degli errori/criticità segnalati nell’anno 2017 riguardano errori nel percorso trasfusionale.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> -Svolte attività di analisi degli eventi segnalati o in equipe o attraverso il coinvolgimento del Servizio Gestione Rischio Clinico con metodologie quali Significant Event Audit (S.E.A.) e Rassegne Morbidity and Mortality (M&M) con la definizione di opportune azioni correttive e di miglioramento; -aggiornamento Procedura Generale PERCORSO PER LA SICUREZZA DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE; - estensione dell’uso del braccialetto identificativo.
Risultati ottenuti	Uso della Check list pre-trasfusionale e del braccialetto identificativo in tutti gli ospedali

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNO
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema di autoritenzione rischio sanitario nella Regione Umbria (D.G.R.U. 1775 del 27/12/2012, LR 9 aprile 2013 n. 8, D.G.R.U. 13 maggio 2013 n. 438) - Decreto Ministeriale dell'11/12/2009, istituzione del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità)
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (<i>SIMES</i>) sinistri
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Il processo chirurgico è il processo a maggiore rischio in quanto implicato nel 40% delle richieste di risarcimento. L'errore di terapia è stato lamentato nel 13% dei casi. Il 27% dei risarcimenti riguardano ritardo o omissione di diagnosi clinica e si sono verificati soprattutto in Pronto soccorso dove l'inquadramento e la gestione del caso richiedono il coinvolgimento di diverse specialità, talvolta anche esterne alla sede di accesso, con aumentato rischio di errore o ritardo.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dell' applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria; - valutazione periodica della corretta tenuta della documentazione sanitaria compresa la corretta acquisizione del consenso; - diffusione del braccialetto identificativo; - verifica dell'applicazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica; - ulteriore diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali, buone pratiche e Safety Alert.
Risultati ottenuti	Migliore utilizzo e compilazione della Check List per la sicurezza in sala operatoria e migliore tenuta della documentazione clinica.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI
Letteratura/Normativa di riferimento	Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Attraverso il sistema di gestione dei reclami, il cittadino esprime un giudizio e interagisce con l'Azienda per la rimozione delle cause che limitano un suo diritto con l'obiettivo di recuperare la fiducia dell'utenza. Se accade un incidente o se si assiste a situazioni di rischio durante la permanenza in una delle strutture sanitarie della USL Umbria 2 il cittadino può segnalare l'incidente o l'evento all'Ufficio Relazione con il Pubblico compilando il Modulo segnalazioni. L'Ufficio Relazione con il Pubblico, qualora le segnalazioni riguardassero la sicurezza dei pazienti, inoltra la segnalazione al Servizio Gestione Rischio Clinico per una strategia sinergia per la soluzione del problema.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La lettura dei reclami nell'ottica della gestione del rischio clinico e alla luce della loro potenzialità di evidenziare aspetti rilevanti per la prevenzione di eventi avversi ha riguardato i reclami espressi e classificati nelle due categorie "aspetti relazionali, umanizzazione" e "aspetti tecnici professionali ". Nel 42% dei reclami gli utenti hanno lamentato o un approccio relazionale scarsamente cortese ed empatico o un rapporto con gli operatori poco attento agli aspetti qualificanti un corretto dialogo.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementato l'attenzione all'accoglienza e alla comunicazione con l'utente per rafforzare la relazione di fiducia tra operatori e pazienti /familiari; - Progettato evento formativo
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzata pagina web sul sito aziendale dedicata alla Gestione del Rischio Clinico e rivolta al cittadino che prevede anche un link di collegamento all'Ufficio Relazioni con il pubblico e al Modulo segnalazioni. - Nuova diffusione della linea guida Ministeriale per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti e formati gli operatori nell'ambito dell'evento formativo "La segnalazione degli eventi e degli eventi evitati: dall'informazione all'azione.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	LA SEGNALEAZIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Raccomandazione n.13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Ministero della salute, novembre 2011. - AHRQ Guideline "Fall prevention for older adults" 2006 - WHO – World Health Organization Europe "What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?" 2004
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La segnalazione e gestione delle cadute dei pazienti nell' USL Umbria 2 avviene in applicazione della procedura generale PG GRC- REV. 00 del 21/01/2014 "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" che prevede la segnalazione di tutte le cadute su apposita modulistica, indipendentemente dal loro esito.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Le cadute rappresentano l'evento più segnalato con il 34,5%. L'informazione ai pazienti e/o familiari rispetto agli esiti della valutazione del rischio cadute e il loro coinvolgimento nel programma di prevenzione, rimane uno dei principali fattori di criticità.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> -Rafforzate le azioni volte ad incrementare consapevolezza e la partecipazione di pazienti e familiari nella prevenzione delle cadute anche con l'ausilio degli opuscoli informativi e delle locandine predisposte dal Servizio Gestione Rischio Clinico da distribuire a pazienti e familiari e da affiggere ben visibili nei luoghi comuni. -Rilevazione periodica dei fattori di rischio ambientali nelle strutture sanitarie e loro correzione.
Risultati ottenuti	Si è ulteriormente consolidata l'applicazione delle buone pratiche per la prevenzione delle cadute dei pazienti e della procedura aziendale con una diminuzione del numero delle cadute e un incremento della percentuale dei pazienti con il rischio caduta correttamente valutato, ben al di sopra dell'obiettivo posto anche come risultato della formazione 190 discenti al corso LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA USL UMBRIA 2.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLE CURE	
Tipologia	SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEL GEL ALCOLICO PER L'IGIENE DELLE MANI
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Circolari 52/ 1985 e 8/1988, che prevedono lo sviluppo, in capo alle Unità sanitarie locali, di funzioni di sorveglianza sulle infezioni nosocomiali; - DM 13/09/1988: Istituzione del Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO), funzioni in seguito trasferite alle Aziende Sanitarie.
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Studio di Prevalenza Europeo sulle Infezioni ospedaliere correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti (Protocollo versione 4.2 Settembre 2012)
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresenta un'area critica in quanto i dati di sorveglianza del 2016 mostrano una prevalenza poco superiore al valore di prevalenza riscontrato nell'ultimo studio nazionale. I dati d' utilizzo del gel alcolico indicano valori notevolmente inferiore allo standard di 20l/1000 giorni paziente in tutti i presidi ospedalieri. L'infezione del sito chirurgico è stato motivo di richiesta di risarcimento danni nel 3% dei casi
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuati nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - Svolta l'autovalutazione dell'igiene delle mani in tutte le strutture aziendali; - Verificata l'adesione alla procedura Antibiotico profilassi perioperatoria
Risultati ottenuti	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione in tutti i presidi di dispenser contenenti la soluzione alcolica; - affissione e distribuzione locandine/opuscoli informativi sulla corretta igiene delle mani.

CONCLUSIONI/CONSIDERAZIONI FINALI

L'attuazione degli interventi per la riduzione del rischio clinico e per la sicurezza delle cure è il risultato della collaborazione e l'impegno degli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali ed evidenzia l'interazione efficace tra tutte le componenti del sistema dell'organizzazione sanitaria, come previsto dalla legge 24/2017.