

**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
ANNO 2019 (Legge 08/03/2017 n. 24 art. 2 c. 5)**

1. PREMESSA

In data 08/03/2017 è stata emanata la cosiddetta legge Gelli Bianco recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

L'art. 2 comma 5 della legge recita:

All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«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 nel sito internet della struttura sanitaria.

Dall'analisi combinata della legge 08/03/2017 n. 24 e della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ne deriva il seguente testo coordinato:

[...] le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino 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 nel sito internet della struttura sanitaria

Nella nostra regione tale funzione di monitoraggio, in particolare per le strutture operatorie, è stata assegnata con Decreto Assessoriale 5 ottobre 2005 recante "Costituzione, presso le aziende sanitarie della Regione, le aziende policlinico e le case di cura private, del comitato per il rischio clinico nell'ambito delle strutture operatorie" al cosiddetto Comitato Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Il decreto definisce il compito del suddetto comitato elencando tra essi:

- a) Definire un piano di formazione per gli operatori sul Clinical Risk Management sulla base del protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella predisposto dalla direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, nonché sulla corretta gestione delle schede di segnalazione, delle schede per la Root Cause Analysis e delle schede tipo per la rilevazione degli interventi;
- b) Mettere a punto ed aggiornare annualmente il piano aziendale per la gestione del rischio clinico. Tale piano dovrà contenere le indicazioni per la segnalazione e la revisione degli eventi avversi, per la costruzione di un data base aziendale che conterrà le segnalazioni e gli alert report e per la diffusione dei risultati anche sulla scorta delle indicazioni che fornirà al riguardo la commissione per la sicurezza del paziente nel comparto operatori;

**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
ANNO 2019 (Legge 08/03/2017 n. 24 art. 2 c. 5)**

- c) Nominare i facilitatori-delegati alla sicurezza del paziente (tenuto conto del profilo già indicato) che avranno l'importante compito di promuovere e raccogliere le segnalazioni, di organizzare gli audit e redigere gli alert report.

Il medesimo decreto, reca inoltre un obbligo specifico, in verità assai simile a quello definito dalla legge Gelli Bianco. In particolare:

“al fine di valutare e rilevare l'effettiva attuazione delle iniziative per la gestione del rischio clinico, ogni azienda è tenuta a redigere alla fine di ogni anno una relazione annuale del direttore generale in cui si illustrino le iniziative intraprese ed i risultati raggiunti per migliorare la sicurezza dei pazienti”.

In tale ottica la Casa di Cura Torina per l'anno 2019 così ha già predisposto ed inviato alle istituzioni regionali competenti tale relazione.

Nell'ottica della massima trasparenza la Casa di Cura Torina ha elaborato tale ulteriore relazione tenendo anche conto delle indicazioni ricevute da AIOP e dalla Conferenza Stato Regioni in merito alla sua redazione. In particolare, come evidenziato nelle linee guida della Conferenza Stato Regioni sulla predisposizione della relazione *“...Le informazioni che derivano da tali fonti sono indirizzate non tanto alla ‘quantificazione degli eventi’ (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziati) ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento. Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza. Si fornisce pertanto indicazione di porre particolare attenzione alla presentazione e rendicontazione delle azioni di miglioramento progettate e attuate a seguito dell'analisi dei dati resi disponibili attraverso gli strumenti e le fonti informative, e alla rappresentazione dell'impegno delle organizzazioni per la sicurezza ed il miglioramento”.*

AIOP inoltre, nella circolare 038/2018 del 22 marzo 2018 indica:

In fase di predisposizione della prima relazione, si segnala l'opportunità di focalizzarsi sulle azioni di miglioramento poste in essere e sull'impegno profuso nel gestire il rischio e nel porre in essere le azioni di miglioramento.

In tal senso la relazione potrebbe svilupparsi nei seguenti macro capitoli:

- a) **Gestione del rischio clinico in azienda:** in tale paragrafo si potrebbe indicare come viene gestito il rischio clinico nella struttura di riferimento.
- b) **Eventi sentinella:** in tale paragrafo si potrebbe riportare il numero degli eventi sentinella rilevati nell'anno con i percorsi di audit svolti e le macro azioni correttive poste in essere.

**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
ANNO 2019 (Legge 08/03/2017 n. 24 art. 2 c. 5)**

- c) **Vigilanza sui dispositivi medici:** in tale paragrafo si potrebbe riportare il numero di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- d) **Farmacovigilanza:** in tale paragrafo si potrebbe riportare il numero di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- e) **Emovigilanza:** in tale paragrafo si potrebbe riportare il numero di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- f) **Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico:** in tale paragrafo si potrebbe riportare il numero di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.

A tali indicazioni la Casa di Cura Torina si attiene per la redazione della presente relazione.

2. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AZIENDA

La gestione del rischio clinico nella casa di Cura Torina viene garantita dall'applicazione del piano aziendale del rischio clinico indicata come procedura del sistema di Qualità in vigore *PRRIS0805 revisione del 23.12.2019* in cui vengono esplicitate le responsabilità, le attività e le registrazioni da effettuare per garantire, nell'ambito dell'intera Casa di cura, una efficace prevenzione del rischio clinico derivante dalla pratica degli atti sanitari ed una corretta gestione degli eventi avversi, al fine di individuarne le cause ed evitare il loro ripetersi. L'applicazione delle prescrizioni contenute nella procedura, sopra citata, non esime la Direzione della Casa di Cura e tutti gli Operatori dalla ottemperanza alle norme di legge, con particolare riguardo al DPR 14 gennaio 1997, al D. Lgs 81/2008 e s.m.i. per la sicurezza sul lavoro, al decreto assessoriale n. 890 del 17 giugno 2002 e al decreto assessoriale n. 319 del 02 marzo 2016 e alle indicazioni dell'ultime raccomandazioni ministeriali relativamente alla gestione dei farmaci (n. 18 - *per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.*- n. 19 - *per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide*).

Come da normativa vigente, all'interno della Casa di Cura Torina è stato nominato un Comitato del rischio clinico che ha le responsabilità e che svolge le attività definite nel decreto dell'Assessore Regionale alla Sanità del 5 ottobre 2005.

Il Comitato aziendale per la gestione del rischio clinico della Casa di Cura Torina risulta, alla data odierna, così composto:

1. Dr. Mario Feo – Direttore Sanitario, Resp. Servizio PP e Coordinatore del Comitato
2. Dr.ssa Francesca Mascari – Resp. Ragg.to Medico e Referente per il rischio clinico
3. Dr. Rosario Palermo - Anestesista

**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
ANNO 2019 (Legge 08/03/2017 n. 24 art. 2 c. 5)**

4. Avv. Rosario Torina – Responsabile Qualità
5. Sig. Carlo Di Maria – Capo sala operatoria

Il Dr. Mario Feo ricopre la carica di Coordinatore del Comitato, La Dr.ssa Francesca Mascari è di referente per il rischio clinico e di delegato alla sicurezza del paziente (Risk Manager).

Al Comitato competono:

- ✓ L'analisi dei processi e l'individuazione dei rischi;
- ✓ La definizione e l'aggiornamento del piano per la gestione del rischio clinico;
- ✓ L'analisi delle segnalazioni di eventi avversi e near misses;
- ✓ La conduzione della root cause analysis e la conseguente pianificazione delle azioni correttive/preventive;
- ✓ Il riporto alla Direzione Aziendale;
- ✓ La conduzione di audit sulla gestione del rischio clinico;
- ✓ La pianificazione delle attività di formazione sul rischio clinico.
- ✓ Vigilanza su dispositivi medici
- ✓ Vigilanza sui farmaci
- ✓ Emovigilanza

Il Comitato ha tenuto le seguenti riunioni:

Date	Argomenti
24.01.2019	Obiettivi AGENAS – obiettivo 2 esiti - Sub obiettivi 2.1 “Tempestività interventi a seguito di frattura femore su paziente >65 - Monitoraggio luglio – novembre 2018 (III trimestre 2018)
09.05.2019	Monitoraggio del processo di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi Sentinella sul portale Agenas
24.06.2019	Inserimento delle schede Eventi Sentinella 2018 sul portale qualitasiciliassr.it
10.09.2019	Analisi dei dati del PNE edizione 2018
25.09.2019	osservazioni in sala operatoria per il corretto utilizzo della Check List di sala operatoria D.A. 27 dicembre 2013
04.12.2019	Obiettivi AGENAS – obiettivo 2 esiti - Sub obiettivi 2.1 “Tempestività interventi a seguito di frattura femore su paziente >65 - Monitoraggio gennaio – settembre 2019
23.12.2019	Recepimento della raccomandazione del ministero della Salute n. 19 Revisione del piano aziendale per la gestione del rischio clinico Resoconto Obiettivi Direttori Generali Anno 2019 - PAA 2019-2020 - Area di intervento 2 Qualità, Governo Clinico e sicurezza dei pazienti.

**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
ANNO 2019 (Legge 08/03/2017 n. 24 art. 2 c. 5)**

Per quanto sopra elencato si fa riferimento ai contenuti dei verbali del Comitato del rischio clinico prodotti nell'anno 2019.

Nel corso del 2019 non si è verificato alcun evento avverso, oggetto di segnalazione e Root Cause Analysis, come previsto dal Piano aziendale per la gestione del rischio clinico e dal relativo protocollo di monitoraggio.

3. VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Nel corso del 2019 non si è verificato alcun evento che abbia reso necessario attivare le procedure di vigilanza sui dispositivi medici.

4. FARMACOVIGILANZA

Nel corso del 2019 si sono verificate 14 ADR (reazioni avverse da farmaco).

5. EMOVIGILANZA

Nel corso del 2019 non si è verificata alcuna reazione trasfusionale né alcun near miss inerente la gestione degli emocomponenti e i rapporti con il SIMT territorialmente competente.

6. RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

Nel corso del 2019 è stata regolarmente monitorata la soddisfazione dei cittadini utenti sia sui servizi di ricovero che sulle prestazioni ambulatoriali.

L'indice di soddisfazione complessiva sui servizi sanitari si è attestato nell'ultima rilevazione intorno al 90%. Nessun reclamo formale è pervenuto nel corso del 2019.

Palermo, 31/03/2020


Il Presidente