



U.O.C. QA - Rischio Clinico
Tel. 0825/292020 – 292183 - Fax 0825/292090
E-mail: qualita@aslavellino.it

OGGETTO: relazione annuale eventi avversi 2019. Art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

In riferimento agli adempimenti derivanti, in particolare, dall'art. 2 comma 5 della 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", che prevede la 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, da pubblicare sul sito internet della struttura sanitaria; si comunica quanto segue:

- nell'anno 2019 è pervenuta una segnalazione relativa ad un Evento Sentinella accaduto nel Presidio Ospedaliero. Si è trattato di una caduta di un paziente.

Il paziente regolarmente seduto in poltrona, dopo avere effettuato la TAC di Re - Staging e dopo avere effettuate le previste procedure per la manutenzione del PICC, nonostante fosse stato istruito circa la necessità di suonare il campanello attiguo per ogni eventuale suo bisogno, si sollevava in modo improvviso da detta poltrona e cadeva al suolo subendo un evento traumatico. L'Evento è stato individuato tempestivamente e venivano avviate tutte le procedure per la definizione del tipo di traumatismo riportato, eseguendo ulteriori indagini diagnostiche di maggiore complessità e prestazioni sanitarie che hanno determinato un prolungamento della degenza

L'evento "caduta di paziente in ospedale" è quello che viene maggiormente segnalato nelle varie statistiche nazionali e regionali. Anche per questa maggiore incidenza rispetto ad altri Eventi Sentinella, la Regione Campania ha approvato il "Piano Regionale Prevenzione Cadute" con Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 pubblicato sul BURC n. 53 del 3 luglio 2017.

L'Azienda ha recepito tale Piano con la deliberazione n. 1668 del 22. 12.2017 ad oggetto: "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015)".

L'Azienda ed in particolare il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ed il Responsabile della Formazione, come già precedentemente comunicato, hanno progettato, organizzato e realizzato un corso di formazione dal titolo: "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero", accreditato ECM, tenutosi sia presso il Presidio Ospedaliero di S. Angelo dei Lombardi che presso il Presidio Ospedaliero di Ariano Irpino.

L'Evento è stato considerato non prevedibile se non attraverso una maggiore presenza di personale di assistenza dedicato. Tutte le procedure previste dalla normativa sono adottate (Es.: presenza di campanello con il quale ciascun paziente in corso di terapia può allertare il personale di assistenza). L'azione correttiva/preventiva intrapresa è stata quella di ribadire al personale di assistenza ed ai pazienti il rispetto delle procedure in essere. Si è proceduto e si procederà anche in seguito ad un

monitoraggio continuo sul corretto utilizzo delle stesse, in particolare sull'utilizzo dell'apposito campanello di segnalazione da parte dei pazienti in terapia oncologica in caso di necessità.

- a seguito poi di una segnalazione riguardanti near miss (quasi eventi) pervenute da una UO di Salute Mentale Distrettuale ed inerenti atti di violenza a danno di operatori sanitari nella verificatosi nella sede di appartenenza dell' Asl Avellino.

L' Azienda anche in questo caso, ha predisposto quanto segue:

Misure Organizzative:

- notificare nuovamente la Delibera Aziendale n. 1147 dell' 08 sett. 2017 “ Procedura Prevenzione Atti Violenza Danno Operatori Sanitari - Adozione ” ;
- esporre chiaramente ai pazienti, accompagnatori, cartelli con l'indicazione che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;
- garantire la chiarezza delle comunicazioni e la corretta informazione, compresi gli orari, ai pazienti/utenti; fornire agli utenti informazioni esaurienti e chiare sull'uso appropriato dei servizi e sui tempi di erogazione delle prestazioni;
- sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce e garantire il trattamento degli operatori vittime di violenza;
- organizzare il lavoro in maniera da garantire - laddove possibile e ritenuto opportuno - la presenza di due figure professionali all'atto della erogazione di una prestazione sanitaria; o almeno il collegamento di rapido intervento con personale o forze dell'ordine;
- sensibilizzare i medici alla corretta compilazione del registro visite anche ai fini di una conoscenza degli spostamenti degli operatori da parte dell'Azienda, a cura dei Direttori di Distretto;
- scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni;
- comunicare ad un secondo operatore i propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;

Formazione Obbligatoria del Personale

- Anche per quest'ultimo episodio il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ed il Responsabile della Formazione hanno progettato, organizzato e realizzato uno specifico corso di formazione accreditato ECM.

Nell' anno 2019 è continuato il processo che porterà all' adozione di altre tre importanti Raccomandazioni del Ministero della Salute, ovvero:

- la Raccomandazione n. 9 “ *Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali* ” a cura della UO Tecnico Patrimoniale;
- la Raccomandazione n. 10 “ *Prevenzione dell' osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati* ” a cura della Oncologia;;
- la Raccomandazione n. 18 “ *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi. Sigle e simboli* ” a cura della UO Farmacia Ospedaliera.

Si precisa che tutte le delibere riguardanti le Raccomandazioni ministeriali e le procedure adottate dall'Azienda sono pubblicate sul Sito Internet Aziendale, nella sezione Gestione Rischio Clinico. Tutte le azioni messe in campo dall' Azienda nell'anno 2019, fanno seguito ad analoghe iniziative intraprese negli anni precedenti ed aventi la finalità di garantire una maggiore sicurezza e qualità delle prestazioni e dei servizi offerti al cittadino.

UOC QA – Rischio Clinico
Il Referente Gestione Rischio Clinico
Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



L. Estensore
Giuliana De Angelis

