



**AZIENDA SANITARIA LOCALE 1  
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA  
UOSD RISK MANAGEMENT**

**Responsabile Dott.ssa Italia Patrizia Roselli**

Tel. 0862368923 – 0863499648 –

email: [PRoselli@asl1abruzzo.it](mailto:PRoselli@asl1abruzzo.it) ; [rischioclinico@asl1abruzzo.it](mailto:rischioclinico@asl1abruzzo.it)

## **Relazione**

**Anno 2020**

**Ai sensi dell'art. 2 comma 5  
della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017**

**Responsabile UOSD Risk Management**

**Dott.ssa I. Patrizia Roselli**

## INDICE

IL DETTATO LEGISLATIVO .....	3
IL CONTRIBUTO DEL RISK MANAGEMENT NELLA SICUREZZA DELLE CURE.....	4
ADEMPIMENTI DEL RISCHIO CLINICO .....	5
1.LA GESTIONE DEGLI EVENTI INDESIDERATI .....	6
<i>L'INCIDENT REPORTING</i> .....	6
2.LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA .....	8
<i>EVENTO SENTINELLA</i> .....	8
3.LA GESTIONE DEI SINISTRI .....	13
<i>REPORT SINISTRI</i> .....	13
4.MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI .....	15
5.AZIONI MESSE IN ATTO DAL RISK MANAGEMENT A SUPPORTO DELLA ASL 1 ABRUZZO, NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19 .....	17
6.PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI NAZIONALI SULLA SICUREZZA DELLE CURE .....	23
7. PDTA.....	23
8. ALTRE ATTIVITÀ.....	23

## IL DETTATO LEGISLATIVO

Il Sistema Sanitario Nazionale ha come obiettivo una assistenza che risponda ai criteri di qualità: la sicurezza delle cure, attraverso una efficace gestione del Rischio Clinico, è parte della effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza, è affermata nell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome del 20 marzo 2008.

Con il Decreto 11 dicembre 2009, nell'ambito del Nuovo Sistema Sanitario, NSIS, è stato istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, SIMES, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri.

Gli indirizzi normativi di riferimento per la Gestione del Rischio sanitario sono contenuti nella Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (Legge di Stabilità 2016), che, all'articolo 1, comma 538, pone come obiettivo del SSN la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario ed al comma 539 dello stesso articolo, dispone che, per la realizzazione del precedente obiettivo, le strutture sanitarie dovessero attivare *“un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:*

- a) *attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;*
- b) *rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;*
- c) *predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;*
- d) *assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative”*

La **salute** era, e rimane dopo la legge Gelli Bianco, Legge 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” un **diritto fondamentale di ogni individuo**, oltre che un interesse di tutta la collettività. Lo Stato deve fare in modo che i servizi sanitari siano sicuri e non arrechino pregiudizio ai pazienti.

Con il Decreto 29 settembre 2017 è stato Istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'art. 3 della legge 24, con il fine di raccogliere dati sugli eventi avversi e i rischi in sanità e di poterne comprendere le cause ed evitarne la ripetizione.

A parte le innovazioni di contenuto della Legge Gelli rispetto a quanto esistente in precedenza nella materia, al comma 5 dell'articolo 2 la legge aggiunge la lettera *d-bis* all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208:

*“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”.*

Come disposto nel 5° comma dell'articolo 2 della Legge 24, si predispone la presente relazione annuale consuntiva sugli eventi indesiderati verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Detta relazione, redatta dal Risk Manager aziendale, prima di essere pubblicata sul sito internet aziendale, è stata presentata alla Direzione Strategica, e con essa condivisa.

## **IL CONTRIBUTO DEL RISK MANAGEMENT NELLA SICUREZZA DELLE CURE**

Il lavoro del Risk Management è quello di contribuire alla costruzione di percorsi di cura sicuri, dando un volto ai rischi che possono contaminarli, i cui fattori, siano essi causali o concausali, commissivi o omissivi, siano evitabili.

La conoscenza degli eventi indesiderati, della loro gravità, degli esiti che essi hanno prodotto, degli eventuali danni economici e di immagine a cui hanno condotto, è elemento prioritario per l'individuazione dei rischi ed è punto di partenza per tracciare gli ambiti di intervento.

Nell'anno 2020 il contributo del *Risk Management* alla sicurezza delle cure è stato promosso attraverso diverse forme di impegno, in parte rivolte a creare o rafforzare una cultura del rischio in Sanità, in parte ad attuare, quando possibile, una gestione analitica e proattiva del Rischio volta ad anticipare gli eventi non solo dunque gli eventi indesiderati che provocano danno, bensì anche quelli che nella potenzialità di causare un danno, non lo hanno causato per fortuna o perché intercettati.

Nello scenario emergenziale che ha costituito la struttura di riferimento dell'anno 2020, il *Risk Management* ha affiancato la Direzione Strategica nell'opera di contrasto alla Diffusione del virus SARS-CoV-2.

Premessa l'eccezionalità della patologia, premesso che nel caso del Covid non esistono attualmente linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali consolidate, avvalorate da dati certi, inequivocabili,

e da evidenze scientifiche incontrovertibili, si è cercato di concorrere alle strategie messe in atto attraverso una modalità prevalentemente proattiva nei confronti dello stress test Covid 19.

Pertanto questa relazione viene redatta riportando due principali direzioni, quella ordinaria, relativa alle attività consuete del *Risk Management*, e quella straordinaria, relativa alle attività espletate per la Sicurezza delle Cure nello scenario da SARS-CoV 2.

## **ADEMPIMENTI DEL RISCHIO CLINICO**

I programmi per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, nell' anno 2020 sono stati basati sui seguenti punti:

1. **Gestione degli eventi indesiderati (Incident Reporting)**
2. **Gestione degli Eventi Sentinella inclusiva:**
  - a) dell'assolvimento (obbligatorio) del debito informativo a cui sono sottoposte tutte le Aziende del SSN attraverso la segnalazione dell'evento nel SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori Sanità).
  - b) dell'analisi degli eventi, nell'Unità di Crisi, istituita in Azienda con Deliberazione n. 766 del Direttore Generale.
3. **Gestione dei Sinistri:**
  - a) La UOSD Risk Management supporta la UOC di Medicina legale nell'attività riguardante i sinistri e concorre alla gestione delle statistiche dei sinistri attraverso la raccolta ed inserimento nel flusso nazionale SIMES.
  - b) Partecipa all'esame dei sinistri nei Comitati di Valutazione Sinistri.
4. **Monitoraggio ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali**
5. **Azioni messe in atto dal Risk Management a supporto della ASL 1 Abruzzo, nella gestione dell'emergenza covid-19**
6. **Partecipazione a programmi nazionali sulla Sicurezza delle Cure.**
7. **PDTA**
8. **ALTRE ATTIVITÀ**

# 1. LA GESTIONE DEGLI EVENTI INDESIDERATI

## L'INCIDENT REPORTING

I contenuti estensivi sulla gestione degli eventi indesiderati sono riportati nella relazione specifica, prot. n. 0024770/21 del 03/02/2021.

Riassumendone il significato, ruolo e limiti, possiamo dire che l'Incident Reporting è il processo, interno alla Azienda, di segnalazione degli eventi indesiderati da parte degli operatori sanitari coinvolti nell'evento (o da parte di chi ne venga a conoscenza). Si attua attraverso la compilazione di specifiche **schede di segnalazione** che in questa Azienda sono:

- *Scheda segnalazione eventi avversi*
- *Scheda segnalazione caduta*
- *Scheda segnalazione aggressioni (violenza a danno degli operatori sanitari)*
- *Scheda segnalazione Infortuni (eventi indesiderati ai visitatori)*

**La segnalazione è volontaria**, non deve essere acclusa alla cartella clinica e, nel caso di accesso agli atti da parte del paziente, non deve essere fornita

Può essere effettuata in **forma anonima** concedendo libertà e superando i limiti che la paura di esporsi o di compromettere degli equilibri, potrebbero imporre al rilievo di eventi indesiderati.

Ogni successiva azione messa in atto dal Risk Management ha il senso di contribuire alla sicurezza delle cure, senza ricercare i colpevoli, in conformità con la attuale legge Gelli 24/2017 che ha confermato la **logica non punitiva delle attività del Rischio Clinico**.

Sulla base delle segnalazioni e dei loro contenuti l'evento viene analizzato attraverso la **metodologia dell'Audit, del SEA (Significant event analysis), della RCA (Root cause analysis)** o, nell'ambito dell'**Unità di Crisi**, attraverso la valutazione dei fatti che hanno condotto all'evento.

La modalità di approccio è sempre basata sulla **confidenzialità della informazione**, sulla ricerca dei fattori favorenti o concludenti l'evento, sulla individuazione, insieme con gli operatori, dei correttivi da predisporre al fine di evitare che l'evento possa ripetersi.

Le segnalazioni possono trovare collocazione in:

1. **eventi avversi:** *definibili come eventi inattesi correlati con il processo assistenziale, con o senza danno per il paziente*
2. **near miss:** *sono quelle condizioni che hanno la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o che non ha conseguenze avverse per il paziente (Ministero della Salute 2007)*
3. **eventi sentinella:** *sono eventi avversi, particolarmente gravi, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Il verificarsi di un solo caso è condizione sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano*

*contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.*

4. **Aggressioni:** *(Atti di violenza a danno degli operatori).*
5. **Infortuni ai visitatori:** *sono gli eventi indesiderati accaduti a carico dei visitatori all'interno e/o nel perimetro esterno della struttura aziendale.*

È stata costruita la seguente tabella che mette a confronto il numero delle segnalazioni di eventi indesiderati negli anni.

NUMERO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI INDESIDERATI NELLA AZIENDA Per anno						
ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020
61	113	176	274	297	441	408

Il sistema dell'Incident Reporting non consente una lettura univoca dei dati potendo l'aumento delle segnalazioni essere inteso non per forza come un peggioramento dell'organizzazione sanitaria relativamente alla gestione del rischio, ma anche come il risultato di una maggiore cultura presente in Azienda, una rinnovata sensibilità degli operatori, verso la necessità di far parte di un sistema che tuteli la sicurezza del paziente, la sicurezza e la tranquillità dell'operatore stesso.

Sicuramente più significativo è il ruolo che il sistema della segnalazione riveste nell'orientare i settori presso i quali investire l'impegno per dare luogo ai correttivi adeguatamente alle cause che hanno condotto agli eventi.

L'evento maggiormente rappresentato è stato la caduta di paziente, talora senza danno, talora con grave danno. Su un totale di 275 eventi avversi, 207 sono stati cadute e, nell'ambito degli Eventi sentinella, quattro di essi, su un totale di sei, sono stati rappresentati da Caduta.

Anche le infezioni hanno avuto un importante impatto tra gli eventi avversi e ciò potrebbe rappresentare un paradosso visto il rigore delle precauzioni adottate nel 2020 nei confronti del virus SARS-CoV-2 e quindi di tutti gli agenti biologici: tuttavia gran parte delle infezioni sono state sostenute dal Clostridium Difficile su pazienti politrattati, anziani, defedati, popolazione prediletta dal batterio e particolarmente rappresentata, rispetto ad altre popolazioni di pazienti, negli Istituti di cura, in questo anno.

A parte i piani di miglioramento nei confronti dell'evento caduta che verranno esposti nella parte riguardante gli eventi sentinella, l'impegno nei confronti delle infezioni in generale, è stato naturalmente continuo con la predisposizione di istruzioni operative, delle quali si parlerà successivamente, che come comune denominatore hanno avuto la strategia per il controllo delle infezioni, dalle precauzioni standard alle precauzioni aggiuntive, alle norme di igienizzazione, alla raccolta dei Rifiuti Pericolosi a Rischio Infettivo, all'isolamento dei pazienti. Con riferimento al Clostridium, è stato aperto, nel mese di settembre, un tavolo operativo con gli addetti dei settori per

estendere l'impegno aziendale verso il più vasto capitolo delle Infezioni Assistenza Correlate oltre che per affrontare il problema specifico di quanto presente in Azienda ovvero l'attualità o la necessità di revisione della Procedura Operativa sulla Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Infezioni da Clostridium difficile (Delibera 1565 del 12/09/2017) e dei suoi allegati:

- per la Sanificazione e Sanitizzazione della stanza o dello "spazio Paziente" con Clostridium difficile;
- per la Sanificazione e Sanitizzazione della stanza alla Dimissione o Trasferimento del paziente con Clostridium difficile;
- per la Diluizione dei disinfettanti con cloro derivati

Per quanto riguarda le modalità di approccio agli eventi indesiderati, gli eventi avversi di maggior rilievo sono stati affrontati attraverso Audit o SEA e gli eventi sentinella attraverso le Unità di Crisi.

Nell'anno 2020 sono stati condotti

- n. 2 SEA
- n. 11 Audit
- n. 6 Unità di Crisi
- n. 3 relazioni inerenti sinistri o infortuni.

Sono stati inoltre analizzati due eventi pervenuti come infortuni, entrambi riguardanti la caduta del paziente; l'analisi degli eventi ha portato alle seguenti considerazioni:

- in nessuno dei due casi si trattava di infortunio;
- in un caso non vi era alcuna implicazione della Azienda nei fatti;
- in un caso la paziente ha avanzato richiesta di risarcimento danni.

## **2. LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA**

### **EVENTO SENTINELLA**

È un evento avverso di particolare gravità la cui definizione è stata già data.

**Il Ministero della Salute** nel 2005 ha attivato in via sperimentale il Monitoraggio degli Errori in Sanità e dal dicembre 2009, allorquando è stato istituito il (SIMES/NSIS) Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (D. M. 11.12.2009), il monitoraggio, da sperimentale, è divenuto obbligatorio conseguendone appunto l'obbligatorietà di tempestiva comunicazione dell'evento sentinella al Ministero della Salute.

Il monitoraggio degli eventi sentinella è un indicatore significativo di cultura della sicurezza nei vari contesti organizzativi ed è uno dei criteri di valutazione nelle attività di monitoraggio della effettiva erogazione dei Livelli di Assistenza.



**Nella Regione Abruzzo** in data 7 ottobre 2013 è stato emanato il Decreto del Commissario ad Acta n°69 disciplinante le linee di indirizzo per la segnalazione ed il monitoraggio degli eventi sentinella e denunce sinistri nella Banca dati SIMES/NSIS. L'allegato 1 di tale Decreto, per gestire le fasi immediatamente successive all'accadimento di un evento sentinella, prevede l'istituzione della Unità di Crisi (U.C.).

**Nella ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila** venivano recepite le linee guida regionali e con Delibera D.G. n. 419 del 13 marzo 2014 veniva costituita "l'Unità di Crisi aziendale per la gestione degli eventi sentinella" con l'obiettivo prioritario di tutelare il diritto alla salute dei pazienti e di analizzare l'evento, di predisporre i primi interventi correttivi per eliminare le condizioni di rischio ed evitare il ripetersi di eventi simili.

**Il Dipartimento per la salute e il Welfare-Servizio Ispettivo e Controllo Qualità** ha sollecitato alla raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli Adempimenti LEA.

### **Il monitoraggio degli eventi sentinella**

È stato attuato sulla base delle schede di segnalazione dell'evento avverso fatte ad opera della struttura dove l'evento si è verificato ed inviate alla UOSD Risk Management.

Sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute che ha individuato 16 categorie di eventi che rientrano nella definizione di Evento Sentinella e Grave Danno, gli eventi, sono stati astratti dall'insieme degli eventi indesiderati per costituire lo specifico capitolo degli eventi sentinella.

Gli eventi sentinella rilevati nell'anno 2020 sono stati sei.

Al 31 dicembre 2020 sono stati inseriti nel SIMES-NSIS:

<b>6 EVENTI SENTINELLA ANNO 2020</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- 4 casi di Caduta di paziente</li><li>- 1 caso di Errore trasfusionale da incompatibilità ABO</li><li>- 1 caso di evento che provoca morte o grave danno</li></ul>

### **Inserimento degli eventi sentinella nella Banca dati SIMES/NSIS**

La UOSD Risk Management, conformemente alle disposizioni sull'inserimento obbligatorio dell'evento sentinella nel SIMES/NSIS, ha provveduto in tal senso.

## **Precisazioni riguardo le Infezioni da Clostridium Difficile**

Occorre preliminarmente fare la seguente precisazione: in passato alcune infezioni tra le quali quelle da Clostridium difficile, comportando un aggravio terapeutico per il paziente e costi aggiuntivi per l'Azienda, legati ad una maggiore spesa farmaceutica e, talora, ad un prolungamento della degenza, venivano inserite tra gli eventi sentinella.

Per detto motivo nella prima parte dell'anno essi sono stati inseriti nella Banca Dati SIMES/NSIS e sono stati conteggiati tra gli eventi sentinella del primo semestre dell'anno 2020, come da relazione protocollo n 0172299/20 del 10 agosto, sulle Azioni messe in atto dalla UOSD Risk Management per il raggiungimento degli Obiettivi di Salute "Sicurezza e Rischio Clinico".

In data 19 dicembre, dietro nostra richiesta di chiarimenti alla Regione e, dietro richiesta di chiarimenti dalla Regione al SIMES, si è avuta indicazione secondo la quale, *"le infezioni ospedaliere, ivi comprese quelle da Clostridium, non devono essere inserite nel sistema SIMES"* e pertanto sono annoverate tra gli eventi avversi.

Al riguardo la Regione ha provveduto ad eliminare le schede A e B dell'inserimento del paziente nel SIMES e pertanto i dati relativi sono al netto delle Infezioni da Clostridium Difficile che inizialmente erano stati inserite tra gli Eventi Sentinella.

Tuttavia parte di esse erano state analizzate nell'ambito dell'Unità di Crisi ed hanno rappresentato uno spunto per ricordare la presenza della Procedura Operativa esistente in Azienda, per avere un confronto sulla attualità della stessa. Si riporta uno stralcio relativo ai piani di miglioramento:

- a. "disporre della Procedura e attenersi ai suoi contenuti in termini di rispetto di tutte le norme di igienizzazione;
- b. predisporre materiale monouso per il paziente affetto da Clostridium Difficile;
- c. puntualizzare la tracciabilità delle azioni nella sanificazione dei presidi dal momento dell'utilizzo sino alla dismissal e a conclusione del periodo di isolamento".

Tutte le segnalazioni di infezione da Clostridium Difficile sono state inoltrate al Servizio di Igiene e Prevenzione ed al CIO Aziendale.

## **Modalità di analisi dell'evento sentinella**

In considerazione dello stato emergenziale da SARS-CoV-2, l'analisi degli eventi sentinella è stata condotta all'interno della Commissione dell' Unità di Crisi presieduta dal Direttore della UOC di Medicina Legale, effettuata, quest'anno, con modalità mista, in parte in presenza ed in parte da remoto; per qualcuno degli eventi si è provveduto alla analisi attraverso la documentazione di tutti i momenti che hanno accompagnato il verificarsi dell'evento.

Sulla base delle risultanze, sono stati predisposti i piani di miglioramento ritenuti necessari.

## Report Eventi sentinella anno 2020

STRUTTURE AZIENDALI	N. EVENTI SENTINELLA	Unità Operativa	Tipo di evento	N. IDENTIFIC.
Strutture Territoriali AQ	2	RSA di Montereale	2 casi di Caduta che provoca Grave danno	10995 11008
P.O. Sulmona	1	OBI	1 caso di caduta che provoca Grave danno	11266
P.O. L'Aquila	3	Area grigia per la Geriatria	1 caso di caduta che provoca Grave danno	11265
		UOC Rianimazione	1 caso di errore trasfusionale da incompatibilità ABO	11321
		Terapia Intensiva Covid	1 caso di evento che provoca Morte o grave danno	11341
<b>Totale</b>	<b>6</b>			

### Predisposizione dei piani di miglioramento per la riduzione dell'evento caduta

Le cadute e i danni che ne derivano, rappresentano uno dei maggiori problemi che affliggono i sistemi sanitari, in Europa e in tutto il mondo.

In quattro casi su sei gli eventi sentinella hanno riguardato, quest'anno, la **caduta di paziente**.

L'identificazione dei possibili fattori di rischio è la prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute; tali fattori riguardano le caratteristiche del paziente, dell'ambiente e della struttura che lo ospita.

La scala di Conley è lo strumento per la valutazione del rischio cadute individuale e per l'utilizzo dei mezzi di protezione.

La *checklist* ambiente e presidi che fa parte della procedura sulla Prevenzione delle Cadute, composta da una serie di item atti a valutare le condizioni dell'ambiente, di presidi e di ausili, consente di individuare i principali fattori di rischio ambientali che potrebbero favorire la caduta del paziente.

Al fine di monitorare la compilazione delle *checklist* ambiente e presidi, è stato creato dalla UOSD Risk Management un registro informatico e, sulla base dei dati inseriti, è emersa l'attenzione che le singole UU.OO dell'Azienda hanno rivolto all'ambiente come scena del Rischio.

In generale le azioni di miglioramento proposte al riguardo dell'evento caduta, sono legate alle attività attraverso le quali viene continuamente rinnovata la necessità di attenzione, da parte delle UU.OO. coinvolte, alla Raccomandazione n. 13 sulla "Prevenzione e Gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", resa operativa in Azienda con la relativa Procedura, ultima revisione in data 1 luglio 2019, delibera del Direttore Generale n. 1148 ed alla diligente applicazione degli strumenti in essa contenuti, volti al rilievo dei rischi individuali di caduta (Scala di Conley) e *checklist* di controllo della sicurezza, ambienti e presidi.

Dal 23 aprile 2020, con protocollo n. 83966/20, inoltre, questa UOSD ha reso operativa in Azienda una ulteriore modalità di prevenzione che viene descritta nella parte riguardante le raccomandazioni Ministeriali.

Pertanto le attività di Audit e le Unità di Crisi riunite nei casi di grave danno conseguente a caduta, volte a garantire la sicurezza del paziente ed a tutelare l'Azienda, hanno investito il proprio impegno secondo questi modelli di azione:

- a) implementando la procedura aziendale relativa alla Raccomandazione Ministeriale n 13, inclusiva delle schede di valutazione del Rischio Caduta e della *Checklist ambientale*;
- b) sollecitando ad una diligente applicazione degli strumenti volti al rilievo dei rischi individuali di caduta (Scala di Conley) e *checklist* di controllo della sicurezza, ambienti e presidi.
- c) rafforzando presso il personale la necessità di informare il paziente e/o il tutore dell'utilizzo dei mezzi di protezione (bretellaggio, sponde).
- d) diffondendo l'informativa e la necessità di adesione al modulo di cui al protocollo 83966/20.

### 3. LA GESTIONE DEI SINISTRI

#### REPORT SINISTRI

La UOSD Risk Management provvede all'inserimento nella Banca Dati SIMES/NSIS delle denunce di sinistro.

#### Numero di sinistri inseriti nell'anno 2020

**Totale 92**

Distribuzione delle denunce di sinistri per struttura

<b>NUMERO DENUNCE</b>	38	34	10	6	2	1	1
<b>STRUTTURE AZIENDALI</b>	P.O. Avezzano	P.O. L'Aquila	P.O. Sulmona	P.O. Castel di Sangro	PTA Pescina	Poliamb San Demetrio	Ambulat. P.O. Sulmona
<b>PERCENTUALE</b>	41%	37%	11%	7%	2%	1%	1%

Dei 92 sinistri inseriti nell'anno 2020, solo 9 fanno riferimento ad eventi avvenuti nel 2020 essendo tutti gli altri eventi accaduti negli anni precedenti come evidenziato nella tabella che segue

<b>ANNO EVENTO</b>	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2010	Epoca antecedente al 2010 (Infezione HCV correlata)
<b>Numero denunce INSERITE ANNO 2020</b>	9	31	17	10	7	6	3	2	3	3	1

Per avere una idea dei Dipartimenti/discipline maggiormente interessate nelle denunce di sinistro si riporta lo schema seguente in modo decrescente che mostra come la maggior parte degli eventi faccia riferimento alle discipline chirurgiche. In qualche caso uno stesso sinistro ha visto il coinvolgimento di più dipartimenti o, in seno allo stesso dipartimento, di più discipline.

<b>DIPARTIMENTO</b>	Chirurgico	DEA	Medico	Materno-Infantile	Biomedico	Cure Primarie	Salute Mentale
<b>NUMERO</b>	54	20	15	8	1	1	1
<b>PERCENTUALE</b>	59%	22%	16%	9%	1%	1%	1%

Un altro rilievo che è stato fatto quello di valutare quali siano stati gli errori, ovviamente presunti, maggiormente denunciati, al fine di poter avere un'idea approssimativa dei settori che, nell'offerta sanitaria, maggiormente si prestano alle richieste di risarcimento che siano esse pretestuose o fondate.

<b>NUMERO DENUNCE</b>	34	33	17	3	3	2
<b>CAUSE</b>	Errore diagnostico	Errore chirurgico	Infezioni	Errore terapeutico	Caduta	Errore manovre invasive
<b>PERCENTUALE</b>	37%	36%	18%	3%	3%	2%

Seguono i dati relativi ai Sinistri Liquidati nell'anno 2020, dati che, in quanto riferiti a procedimenti conclusi, sono maggiormente esplicativi sia delle cause di sinistrosità, sia delle strutture ospedaliere interessate.

**Nell'anno 2020 sono arrivati a conclusione ed alla liquidazione 37 sinistri di cui**

2 aperti nell'anno 2014;  
6 aperti nell'anno 2015;  
10 aperti nell'anno 2016;  
5 aperti nell'anno 2017;  
6 aperti nell'anno 2018;  
7 aperti nell'anno 2019;  
1 aperto nell'anno 2020.

Con riferimento agli errori che hanno visto l'Azienda soccombente, si ha la seguente distribuzione:

in 19 casi si è trattato di errore chirurgico;  
in 8 casi di errore diagnostico;  
in 4 casi di errore terapeutico;  
in 3 casi di infezione;  
in 1 caso di caduta di paziente;

in 2 casi il danno non è stato sulla persona ma su cose.

Altro dato rilevato è quello riguardante i sinistri in rapporto alle strutture dove sono avvenuti i relativi eventi, che, con riferimento alle liquidazioni avvenute nell'anno 2020, ha mostrato una maggiore rappresentatività a carico dell'Ospedale di Avezzano.

L'esame degli errori e la distribuzione nelle diverse strutture ospedaliere, dipartimenti e discipline, possono orientare i settori di intervento nell'ottica del miglioramento.

### **Partecipazione ai Comitati di Valutazione Sinistri**

La UOSD Risk Management presta la propria attività nell'ambito del CVS, organismo tecnico deputato alla valutazione dei sinistri ed alla gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nella Azienda, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 766 del 7.05.2015 e successiva Revisione Deliberazione del Direttore Generale n. 136 del 27 gennaio 2021.

## **4. MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

In coerenza con gli indirizzi forniti dal Ministero della Salute ed Agenas, tutte le Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute sulla Sicurezza del paziente, sono state adottate ed implementate nel corso degli anni, revisionate ed integrate nel tempo.

Il monitoraggio delle stesse, concepito come percorso di verifica di recepimento da parte dei Dipartimenti Aziendali, è stato condotto attraverso Audit Interni Risk Management, talora con estensione globale, talora con modalità di rilievo a campione o, modalità quest'ultima maggiormente utilizzata, esercitando - sulla base di eventi indesiderati che hanno condotto a precise e specifiche analisi - opera di verifica della presenza delle procedure, della accessibilità ad esse da parte del personale, della "compliance" verso i loro contenuti.

Ogni evento indesiderato, dal near miss all'evento sentinella, è stato occasione per eseguire il monitoraggio delle procedure aziendali che traducono il senso delle Raccomandazioni del Ministero della Salute in una globale intesa di affiancare gli intenti nel perseguire la Sicurezza delle cure.

Come ogni anno, si dà risposta a quanto predisposto per la sicurezza del paziente attraverso la applicazione della

**Raccomandazione Ministeriale n. 3** *“Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”*:

- Procedura operativa adottata con delibera D.G. n. 2159 del 22/12/2011
- Revisione n.1, delibera D.G. n. 1358 del 19/08/2016
- Revisione n.2, delibera D. G. n. 1229 del 18/07/2017
- Revisione n.3, delibera D.G. n. 1171 del 02/07/2019.

- Procedura operativa per la corretta identificazione del paziente, delibera del D.G. 1906 del 03/11/2017.

Semestralmente si esegue il monitoraggio delle *Checklist* di sala operatoria attraverso una indagine di prevalenza-osservazionale diretta.

I report per l'anno 2020, prot. n. 0197632/20 del 14/09/2020 per il primo semestre, e prot. n. 0025945/21 del 04/02/2021 per il secondo semestre, sono tali da evidenziare come nella quasi totalità delle Strutture Ospedaliere dell'Azienda, l'aderenza all'utilizzo della *checklist* raggiunge quasi ovunque il 100%.

Nell'anno 2020, un particolare interesse è stato rivolto alla:

**Raccomandazione Ministeriale n. 12** “*Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike”*”:

- Procedura operativa adottata con delibera del D.G. n. 558 del 07/04/2015
- Revisione n.1, delibera n. 405 del 09/03/2017.

Premesso che negli anni 2016 e 2017, nel corso di Audit sistematici svolti su tutte le Unità Operative Ospedaliere, si è potuto verificare:

- che i farmaci LASA avevano la giusta collocazione negli armadi dei farmaci;
- che non erano disposti secondo ordine alfabetico ma, distanziati tra loro, differenziati, in modo da abbattere i rischi connessi a distrazioni, stanchezza, diminuzione dell'attenzione;
- che erano contrassegnati in modo da evidenziarne la natura di alert, che non si sono rilevati aspetti critici sulla gestione di Reparto e che non si sono mai avute segnalazioni di eventi correlabili con inappropriately nella gestione dei farmaci LASA, nel giugno 2020, si è provveduto a una verifica a campione, in alcune UU.OO., per verificarne la presenza dell'elenco, i contrassegni e la correttezza nella disposizione negli armadi dei farmaci (protocollo n. 0127296/20 del 22/6/2020).

**Raccomandazione Ministeriale n.13** “*Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*”:

- Procedura operativa adottata con delibera del D.G. n. 535 del 26/03/2014.
- Revisione n.1, delibera del D. G. n. 1806 del 23/10/2015
- Revisione n.2, delibera del D.G. n. 2005 del 16/11/2017
- Revisione n.3, delibera del D.G. n. 1570 del 17/08/2018
- Revisione n.4, delibera del D.G. n. 1148 del 01/07/2019.

È stato condotto al proposito il monitoraggio della *checklist ambienti e presidi* e sono state implementate le modalità di prevenzione attraverso la redazione dei seguenti allegati (prot n. 83966 del 23 aprile 2020)

1. una informativa da apporre nelle stanze di degenza nella quale si sottolinea la già nota disponibilità del personale nella assistenza al paziente anche nello svolgimento delle più elementari azioni quotidiane, quali, ad esempio, quella di recarsi in bagno;
2. un modulo che
  - illustri al paziente che, in rapporto alle proprie criticità, un evento caduta potrebbe rappresentare



un fattore di grave danno e che pertanto si incorrerebbe in gravi conseguenze cliniche qualora la caduta abbia luogo;

- inviti il paziente a rivolgersi al personale per l'assistenza nell'alzarsi dal letto o nel recarsi in bagno;
- rechi la firma del paziente di aver compreso;
- sollevi il personale e la struttura da qualunque responsabilità dovesse derivare dall'aver disatteso le indicazioni dette.

Detto modulo è stato concepito sulla base di un evento indesiderato che, aveva suggerito l'evenienza che pazienti particolari, affetti da patologie come ad esempio la piastrinopenia, la splenomegalia, potessero incorrere in conseguenze estremamente gravi a seguito di caduta non per gli effetti della caduta ma per l'exasperazione degli effetti della stessa in rapporto alla preesistente condizione patologica, permanente o transitoria che fosse.

Il modulo detto potrebbe rappresentare un efficace strumento di tutela del paziente verso la caduta e, qualora anche la caduta si dovesse verificare malgrado siano stati predisposti ed applicati tutti i provvedimenti per evitarla, il modulo potrebbe rappresentare uno strumento a tutela degli operatori e della struttura aziendale.

Nell'anno 2020 è stata adottata la: **Raccomandazione Ministeriale n. 19** *“Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide”*

Procedura operativa adottata con delibera del D.G. 1739 dell'8/10/2020.

## **5. AZIONI MESSE IN ATTO DAL RISK MANAGEMENT A SUPPORTO DELLA ASL 1 ABRUZZO, NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19**

I documenti prodotti dalla Regione Abruzzo per fornire un indirizzo alle attività del Risk Management nell'emergenza da SARS-CoV-2, sono i seguenti:

- protocollo RA n. 0102990/20 del 16 aprile 2020, avente ad oggetto “Il Rischio Clinico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2”;
- protocollo RA n. 0197239/20 del 30 giugno 2020, avente ad oggetto “Azioni messe in atto dalle strutture di Risk Management, a supporto delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo, nella gestione dell'emergenza Covid-19”.

Sulla base delle indicazioni date che privilegiavano come fondamentali aspetti nella gestione della fase emergenziale: la gestione dei singoli casi in ottica reattiva e l'analisi proattiva del rischio con la definizione dei possibili scenari di sviluppo dell'emergenza e la pianificazione di azioni mirate da mettere in campo tempestivamente, è stato strutturato il contributo di questa UOSD, talora sulla base delle necessità emerse nell'ambito delle Unità di Crisi (istituita per l'emergenza Covid 19 con delibera n. 497 del Direttore Generale, in data 12/03/2020, tra i cui componenti è stato individuato il Risk Manager), talora sulla base delle richieste degli operatori; fini ed obiettivi sono stati quelli di

adeguare, nella realtà aziendale, i contenuti dei suggerimenti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e delle Raccomandazioni ed Ordinanze della Giunta Regione Abruzzo (OPGR), facilitandone l'applicazione a livello locale.

Tutti i documenti prodotti sono stati redatti sulla base delle Indicazioni ufficiali dell'ISS, delle OPGR Regione Abruzzo, degli atti prodotti dalle Società scientifiche nazionali.

Paradigma comune delle Istruzioni Operative redatte è stato il rispetto dei principi di:

- a) salvaguardia della popolazione dei pazienti dalla possibilità di essere contagiati (percorsi ed aree pulite);
- b) definizione di aree e percorsi per pazienti confermati Covid 19;
- c) considerazione del caso sospetto o probabile come un caso confermato fino a prova contraria richiamando pertanto un doppio obbligo:
  - quello di tutela del paziente, caso sospetto o probabile, dalla eventualità del contagio;
  - quello di tutela del resto della popolazione di pazienti dalla eventualità che il caso sospetto o probabile fosse confermato come un caso positivo;
- d) tutela degli operatori sanitari;
- e) tutela e rispetto dei percorsi di cura per patologia, indipendentemente dalla infezione da SARS-CoV-2.

Si riporta l'elenco dei documenti, prodotti in collaborazione con le articolazioni aziendali interessate, ordinati per data, al fine di dare una collocazione temporale del materiale, in rapporto alle fasi dell'emergenza.

**1. Istruzione Operativa per la Gestione COVID-19 all'interno degli Istituti Penitenziari nota prot. 0068037/20 del 30/3/2020.**

**2. Istruzione Operativa per la sicurezza del paziente Onco-ematologico nel corso dell'emergenza Covid-19 –nota prot. 74813/20 del 8/4/2020**

Questa Istruzione Operativa è stata redatta in considerazione dell'attenzione dovuta ai pazienti oncoematologici quali soggetti a rischio maggiore di contagio rispetto al resto della popolazione.

**3. Istruzione operativa per la sicurezza del paziente nelle UU.OO. Cardiologia, UTIC, Emodinamica e Interventistica Cardiologica nel corso dell'emergenza COVID -19 – nota prot. 74893/20 del 8/04/2020**

– **Revisione n. 1: Deliberazione del D.G. 777/20 del 4/05/2020**

– **Integrazione: Delibera del D.G. 1023/20 del 16/6/2020**

La presente Istruzione Operativa è stata ispirata alle necessità dei pazienti cardiologici, specie quelli affetti da patologia cardiaca in condizioni di indifferibilità clinica.

L'integrazione è stata realizzata per accludere i rilievi planimetrici dei percorsi da seguire per accedere alla Sala dell'Emodinamica che, nel P.O. San Salvatore dell'Aquila, è raggiungibile con percorso esterno.

**4. Istruzione Operativa per la sicurezza degli ospiti nelle Residenze Socio-Sanitarie RSA/RP nella emergenza Covid-19 –nota prot. n. 81390/20 del 20/04/2020.**

– **Revisione 1: Deliberazione del DG n. 776/20 del 04/05/2020**

Questa Istruzione Operativa è stata ispirata ai presupposti, confermati dalle evidenze epidemiologiche, che:

- a. i pazienti ospitati presso la RSA/RP sono per definizione pazienti fragili, sia per l'età, sia per le frequenti e impegnative comorbidità da cui essi sono affetti;
- b. che questa popolazione di pazienti è più suscettibile alle ICA;
- c. che le RSA/RP sono delle piccole comunità semichiusate nelle quali, con pericolosa velocità, si possono creare focolai epidemici.

**5. Istruzione operativa per l'accesso del paziente ai PP.SS dei quattro Ospedali: L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro. Delibera del D.G. n. 875 del 21 maggio 2020.**

Questo documento ha avuto la finalità di:

- a. raccogliere in una unica istruzione operativa le modalità che ogni presidio ospedaliero dell'Azienda ASL 1 ha messo in atto per codificare l'accesso del paziente ai PP.SS. dei quattro ospedali: L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro;
- b. evidenziare le differenti dotazioni strutturali dei quattro presidi;
- c. apporre chiarimenti specifici riguardanti le singole realtà ospedaliere;
- d. unificare i protocolli di accesso per tutte le strutture accettanti:
  - valutazione anamnestica,
  - valutazione epidemiologica,
  - valutazione clinica,
  - l'operatore sanitario davanti agli scenari che possono presentarsi.
  - Fornire gli aggiornamenti.

**6. Istruzione Operativa: Gestione dei casi accertati o sospetti Covid 19 in isolamento domiciliare – annessa, come allegato al Verbale di Riunione sulla OPR Regione Abruzzo, n.53 - nota prot. 0108750/20 del 27/5/2020.**

Verbale di Riunione avutosi in data 8 maggio 2020 - Direzione Sanitaria -

**7. Istruzione operativa per la Gestione delle attività di ricovero ed ambulatoriali nella fase 2- nota prot. 104922/20 del 22/5/2020.**

Basata sulla OPR 55 della Regione Abruzzo, questa Istruzione Operativa è stata ispirata alla necessità di restituire ai cittadini ogni prestazione sanitaria di cui avesse bisogno, garantendone la sicurezza, in uno spazio temporale difficile perché posto tra l'allentamento del lockdown e la gestione della infezione Covid 19, il cui controllo di diffusione nella prima fase dell'emergenza è stato affidato soprattutto alla massima limitazione dei contatti.

Si è pertanto adeguato il dettato della OPGR 55 alla realtà locale aziendale ponendo la tutela del cittadino, nel suo fondamentale e costituzionale diritto alla salute, al centro di una graduale ripresa delle attività e di una riprogrammazione delle stesse secondo un modello che riuscisse comunque ad assicurare il contrasto alla diffusione del virus attraverso l'identificazione tempestiva dei casi e dei contatti.

**8. Istruzione Operativa per la riapertura degli accessi ai familiari e conoscenti degli ospiti nelle Residenze Socio-Sanitarie RSA/RP – Deliberazione del DG n. 1119/20 del 29/06/2020**

Basata sulla OPGR Regione Abruzzo n. 75, noto il valore affettivo e sociale delle visite a persone istituzionalizzate da parte di parenti/conoscenti, nell'ultima fase della prima ondata dell'Emergenza Covid-19, è stato necessario restituire alla collettività dei pazienti ospitati nelle RSA/RP, l'occasione di incontro, secondo modalità di riapertura controllata.

**9. Istruzione Operativa per la gestione degli accessi presso i PPI di Pescina e Tagliacozzo.**

**– Delibera del D.G. n 1163 del 3/7/2020**

Analogamente a quanto in precedenza fatto per i quattro Ospedali dell'Azienda, dopo la riapertura dei due PPI di Tagliacozzo e Pescina - le cui attività erano state sospese in data 10 marzo 2020-, si è ritenuto di doverne stabilire le modalità di accesso.

**10. Istruzione Operativa per la sicurezza negli Ambulatori di Fisiopatologia Respiratoria**

**– Delibera del D.G. n 1254 del 15/7/2020**

Nella ripresa delle attività ambulatoriali, tra tutte le attività specialistiche, è stata affrontata quella connessa con le prove di funzionalità respiratoria in quanto settore delicato di difficile collocazione nella emergenza da SARS-CoV-2 sia perché i test di funzionalità polmonare possono essere inseriti tra le procedure che generano aerosol in alta concentrazione sia perché richiedono uno stretto e lungo contatto tra paziente ed operatore.

Sono state inoltre diffuse e talora prodotte e diffuse (in grassetto) le seguenti informative:

- 1. Informativa paziente dializzato “stagionale” –nota prot. 124964/20 del 18/06/2020**
- 2. Informativa sulle indicazioni di comportamento valide per tutti i pazienti Onco-Ematologici**
3. Decalogo del Ministero della Salute per contrastare il COVID -19 nelle Strutture Residenziali Sociosanitarie
4. Definizione di caso di COVID-19 per la segnalazione.
5. Scheda di valutazione per l'ingresso di parenti e visitatori nelle Strutture Residenziali Sociosanitarie
6. Referente per la prevenzione e controllo delle ICA e specificatamente per Covid-19 nelle Strutture Residenziali Sociosanitarie
- 7. Scheda di rilevazione temperatura corporea per l'accesso nelle strutture ambulatoriali nella fase 2 dell'emergenza Covid-19.**

Nella seconda parte dell'anno, sono stati prodotti ed adottati i seguenti documenti:

**1. Adozione della istruzione operativa attivazione della Terapia Intensiva presso il G8**

**nota protocollo 1362/20 del 28/07/2020**

Basata sul presupposto che a luglio l'emergenza potesse essere considerata quiescente ma non necessariamente conclusa e che il Presidio Ospedaliero di L'Aquila era l'unico riferimento Covid aziendale, è stato opportuno predisporre l'attivazione della struttura del G8 (già designata come sede per l'assistenza di pazienti critici Covid positivi), secondo una catena di regia che fosse tracciata a monte delle necessità di applicazione in modo da evitare perdite di tempo e che correlasse funzionalmente il G8 a tutte le sezioni connesse con il ricovero stesso.

**2. Istruzione Operativa per i Test Molecolari ASL1 per la diagnosi di Covid-19**

**Nota protocollo n. 0230004/20 del 14/10/2020**

Lo scopo della presente istruzione operativa è stato quello di raccogliere e fornire, al personale sanitario della ASL 1, tutte le informazioni utili nella gestione del campione test molecolare nella emergenza SARS-CoV-2, in tutte le fasi del processo: prelievo, conservazione, trasporto dei campioni biologici Covid 19. Sono state fornite le indicazioni della Regione, secondo cui i test molecolari definiti rapidi con esito positivo dovessero essere validati attraverso metodica tradizionale (Non fa parte di questo lavoro quanto successivamente precisato in data 28 dicembre 2020 prot. RA 459691: "non è richiesta la conferma attraverso test molecolari standard di test molecolari rapidi"; cfr. Linee Guida sul testing di cui all'allegato 1 OPRG Abruzzo, n. 104 del 25 novembre 2020).

**3. Indicazioni operative per il paziente in ADI in periodo Covid.**

**Nota protocollo n.0231543/20 del 15/10/2020**

Nella seconda fase dell'emergenza, l'azione del Risk Management è stato prevalentemente indirizzato a dare un contributo alle risposte dovute in termini di maggiori richieste di posti letto Covid ed alla definizione di percorsi separati per pazienti Covid rispetto agli altri, anche in alcune strutture che inizialmente non avevano questa vocazione ma che, in ragione dell'incremento dei casi, hanno richiesto delle rimodulazioni.

Si è cercato pertanto di collaborare con le DD.SS. di Presidio che ne hanno fatto richiesta e con il Servizio di Prevenzione e Protezione, a migliorare l'offerta.

**1. Ospedale di Tagliacozzo: percorso Riabilitazione-Lungodegenza Covid**

**Protocollo n 0262917/20 del 23/11/2020**

Questo Percorso è stato realizzato in collaborazione con la D.S. del P.O. di Tagliacozzo e con l'RSPP.

A seguito della riunione dell'Unità di Crisi Aziendale in data 6/11/2020 svoltasi in videoconferenza anche con il Responsabile dell'Emergenza Regionale, si è disposto che il PO di Tagliacozzo venisse riorganizzato in Ospedale Covid, in ragione della presenza nella UOC di Riabilitazione Cardiologica di pazienti già positivi al Covid-19 e della necessità di attivare a livello aziendale ulteriori posti letto dedicati alla gestione di tali pazienti.

È stata pertanto delineata l'area dedicata al paziente Covid completamente separata dal resto della struttura con la definizione dei percorsi del "pulito" differenziati da quelli dello "sporco".

Sono state altresì individuate le aree di vestizione e svestizione del personale e le modalità di accesso per pazienti ed operatori.

È stata in ultimo ridefinita la procedura per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

## **2. Percorso Medicina Covid Ospedale di Sulmona**

### **Protocollo n. 0282330/20 del 16/12/2020**

Vista la necessità di fornire il P.O. di Sulmona di un certo numero di posti letto di Medicina Covid, è stata individuata, in collaborazione con il Direttore Sanitario del P.O. di Sulmona e l'RSPP, un'area destinata ai pazienti Covid definendone gli aspetti relativamente ai percorsi differenziati, alle aree di vestizione/svestizione, alle dotazioni.

## **3. Percorso Ostetrico Ginecologico P.O. di L'Aquila**

### **Protocollo n. 0261486/20 del 20/11/2020**

Detto percorso è stato costruito in collaborazione con il Direttore Sanitario del P.O. di L'Aquila, con l'RSPP, con il Direttore del Dipartimento Materno-Infantile, con il Direttore della UOC di Ginecologia ed Ostetricia.

## **4. Il percorso del paziente Covid da sottoporre a trattamento dialitico P.O. di L'Aquila**

### **Protocollo n. 0282246/20 del 16/12/2020**

In collaborazione con il direttore Sanitario del P.O. dell'Aquila, con l'RSPP, con la Responsabile del Servizio Dialisi del P.O. dell'Aquila, è stata definita l'area del trattamento dialitico del paziente Covid positivo in area separata funzionalmente e strutturalmente dal resto della Dialisi, sono stati individuati i percorsi e tutto quanto necessario per la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

## **5. Casa di reclusione di Sulmona – misure necessarie per il contenimento dell'epidemia** **Protocollo n. 0287377/20 del 22/12/2020**

Con questo documento, redatto in collaborazione con l'RSPP, ed in risposta a quanto richiesto dal Responsabile della UOSD Medicina Penitenziaria di Sulmona, si è cercato di fornire un ausilio ai fini della adozione delle misure necessarie per il contenimento dell'epidemia in atto presso l'Istituto penitenziario di Sulmona, seguendo le indicazioni che, costruite sulla base delle indicazioni nazionali e regionali, supportassero quanto dovesse essere applicato all'interno della Struttura Penitenziaria dai tecnici e dal personale in essa operanti.

## **Giri per la sicurezza**

La UOSD Risk Management ha indirettamente collaborato alla diffusione di materiale riguardante i **DPI, la vestizione e svestizione, il lavaggio delle mani** ed ha costruito alcuni modelli di *checklist* di riscontro/monitoraggio per la sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario nell'emergenza Covid-19, applicati in varie Unità Operative e dei Servizi Aziendali, attraverso giri per la sicurezza.

In data 4/11/2020 con prot. n. 0247332/20 è stata riportata all'attenzione dei Direttori e Coordinatori delle unità operative/Ambulatori/Servizi/Strutture ASL la necessità di svolgere una funzione di sorveglianza sul personale affinché i DPI venissero utilizzati in modo appropriato alle circostanze con analoga sorveglianza sui pazienti.

È stato costruito un *data base* delle segnalazioni da parte degli operatori sanitari in materia di Covid ed è stato inserito nell'Incident Reporting.

## **6. PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI NAZIONALI SULLA SICUREZZA DELLE CURE**

L'Azienda ASL 1 ha aderito al Progetto obiettivo di rilevanza nazionale sulla sicurezza dei pazienti; sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni aderendo, di concerto con le altre AA.SS.LL. della Regione, alla Giornata Nazionale per la Sicurezza delle cure che si è tenuta in data 17 settembre 2020.

## **7. PDTA**

La UOSD di Risk Management ha partecipato agli incontri tenuti a Pescara in tema di PDTA rete senologica.

## **8. ALTRE ATTIVITÀ**

### **a. Prevenzione della Corruzione e Attuazione della Trasparenza AA. 2020/22**

Nel rispetto di quanto stabilito nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per l'Attuazione della Trasparenza AA. 2020/22 (Delibera n. 166 del 30/01/2020), la responsabile della UOSD Risk Management, Struttura in Staff alla Direzione Generale, fa presente:

1. di aver svolto attività di informazione nei confronti del RPCT;
2. di aver provveduto alle attività di pubblicazione ai fini della trasparenza;
3. di aver disposto la diffusione ed osservanza, all'interno di questa UOSD, del Codice di Comportamento (Deliberazione del D. G. n 1165 del 10 luglio 2017); con riferimento al punto 7.4 si fa presente di aver provveduto a darne comunicazione al personale in servizio presso questa UOSD Risk Management attraverso l'invio dello stesso (Deliberazione n. 1165 del 10 luglio 2017).

In più occasioni è stata verbalmente richiamata l'attenzione al rispetto del Codice di Comportamento ed alle implicazioni disciplinari derivanti da eventuali violazioni dello stesso in conformità con le disposizioni normative e contrattuali in materia.

Del che è stata data comunicazione al RPCT con Protocollo n. 0209653/2020 del 28/9/2020.

4. di aver partecipato al processo di gestione del rischio e mappatura dei processi come da report inviato al RPCT in data 30/11/2020 prot. 0267916/20.

**b. Adempimento ai sensi dell'art. 1 comma 170 della Legge 23/12/2005, n. 266/Bilancio di esercizio 31/12/2020 con risposta ai sensi del comma 539 della Legge 208/2015.**

Con riferimento ai punti tracciati nell'articolo 1, comma 539 delle legge 208/2015:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari [...];
- rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

Relazione inviata al Presidente del Collegio Sindacale con prot. n.0275642/20 del 09/12/2020.

Distinti saluti

La Responsabile  
UOSD Risk Management  
Dott.ssa I. Patrizia Roselli

