



**U.O. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

# **RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2017**

*Marzo 2018*



**AZIENDA SANITARIA LOCALE BR**

Via Napoli, 8 - 72100 Brindisi - tel. 0831.536.1

# **RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI**

## **ANNO 2017**

*Documento redatto a cura della U.O Gestione del Rischio Clinico*

*Marzo 2018*

**U.O. Gestione del Rischio Clinico**

Responsabile Dirigente Medico: *Dott. Valter De Nitto*

Dirigenti Medici:

*Dott.ssa Anna Patrizia Barone*

*Dott. Giuseppe Lecce*

Segreteria: *Dott.ssa Stefania Montanaro*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel: 0831/536659

Pag. 1 di 19

## INDICE

Introduzione.....	3
Definizioni .....	4
Metodologia.....	5
Risultati .....	7
Segnalazione cadute.....	7
Segnalazione eventi sentinella .....	14
Richieste risarcimento pervenute alla ASL BR.....	15
Attività messe in atto dalla U.O. Gestione del Rischio Clinico.....	18
Bibliografia .....	19

## **Introduzione**

Ogni organizzazione sanitaria rappresenta un sistema complesso la cui attività si estrinseca attraverso una serie di azioni in cui intervengono fattori umani, tecnologici, ambientali, etc. La grande complessità di un'organizzazione sanitaria fa sì che il rischio di evento avverso sia insito in essa, di fatto ineliminabile.

La gestione del rischio ha lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali connessi alle attività svolte nella struttura sanitaria. Obiettivo fondamentale è aumentare la sicurezza dei pazienti (ma anche di altri soggetti che interagiscono con l'organizzazione sanitaria, come operatori sanitari e visitatori), riducendo gli eventi avversi prevenibili e, di riflesso, le occasioni di contenzioso.

È riconosciuto che il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico che comprende l'adozione di azioni preventive, lo studio degli eventi avversi, l'identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. L'analisi dei fattori causali e/o contribuenti rappresenta un'attività complessa, ma essenziale nella gestione del rischio clinico, ed ha lo scopo di identificare i fattori che possono aver causato e/o contribuito all'occorrenza dell'evento avverso tramite l'applicazione di una metodologia di analisi validata orientata al sistema ed ai processi (root cause analysis, audit, etc). La valutazione di eventi avversi e near miss può essere effettuata anche attraverso strumenti di più semplice applicazione che presuppongono un minor impiego di risorse, tempo e competenze (briefing, discussione di casi, focus group, etc).

L'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

I sistemi di reporting degli eventi avversi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "principio dell'imparare dall'errore".

La U.O. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi effettua normalmente il monitoraggio degli eventi avversi segnalati dagli operatori della ASL e, ove opportuno, richiede alle strutture interessate un'analisi approfondita degli stessi o fornisce il proprio supporto nell'indagine necessaria per individuarne le cause, i fattori contribuenti e le azioni da adottare per prevenire l'occorrenza di eventi analoghi.

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, all'art. 2 comma 5, 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".

Pertanto, nel presente documento, redatto in ottemperanza alla suddetta legge, saranno presentati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella segnalati dagli operatori alla U.O. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi nell'anno 2017, nonché le

attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il verificarsi di tali eventi.

Saranno inoltre riportati i risultati dell'analisi delle richieste di risarcimento pervenute nello stesso anno, nell'ambito del contenzioso medico-legale, per una identificazione ex post di eventuali aree di criticità, potenzialmente a rischio di occorrenza di analoghi eventi avversi/near miss.

## Definizioni

Ai fini del presente documento, si utilizzano le seguenti definizioni:

- **Audit clinico:** metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (*evidence based practice*, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte.
- **Evento Avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
- **Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. È sufficiente che l'evento si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.
- **Near miss** (o quasi evento): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, di conseguenza, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.

## **Metodologia**

### a) Modalità di segnalazione degli eventi avversi

Nella ASL BR la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata dagli operatori tramite la scheda di *incident reporting* deliberata dalla Regione Puglia (DGR n. 1310 del 23 giugno 2014), mentre per la segnalazione delle cadute accidentali dei pazienti viene utilizzata l'apposita scheda adottata con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 232 del 20 febbraio 2015.

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene invece effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale. In particolare, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda A prevista dal suddetto protocollo, inserendo in questa le informazioni essenziali sull'evento occorso; la scheda viene quindi inviata al Ministero della Salute tramite il SIMES. Dopo aver raccolto ed analizzato tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, nonché aver individuato le soluzioni da adottare per evitare il riverificarsi dello stesso, tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il SIMES, entro 45 giorni solari.

### b) Classificazione degli eventi sentinella

Gli eventi sentinella definiti dal Ministero della Salute sono:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso

15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

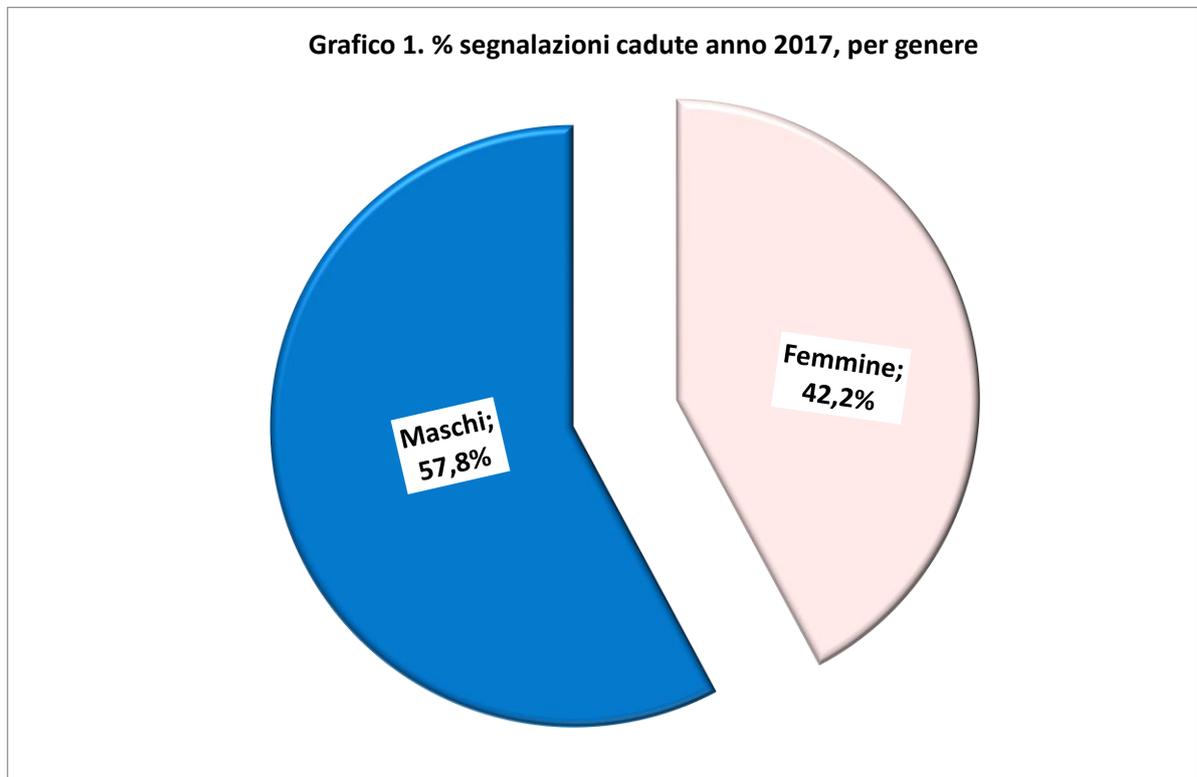
Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino i seguenti cambiamenti nel processo assistenziale:

- A) Morte
- B) Disabilità permanente
- C) Coma
- D) Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- E) Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- F) Trasferimento ad una unità semi-intensiva o di terapia intensiva
- G) Reintervento chirurgico
- H) Rianimazione cardio-respiratoria
- I) Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio violenza subita nell'ambito della struttura
- J) Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- K) Altro (ad esempio, trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, traumi e fratture).

## Risultati

### Segnalazione cadute

Nell'anno 2017 sono state segnalate, dalle varie strutture della ASL BR, 64 cadute accidentali. L'età media dei pazienti era di 70 anni (range: 30-97), la mediana di 73. La maggior parte (57,8%) delle segnalazioni ha riguardato individui di genere maschile (grafico 1).

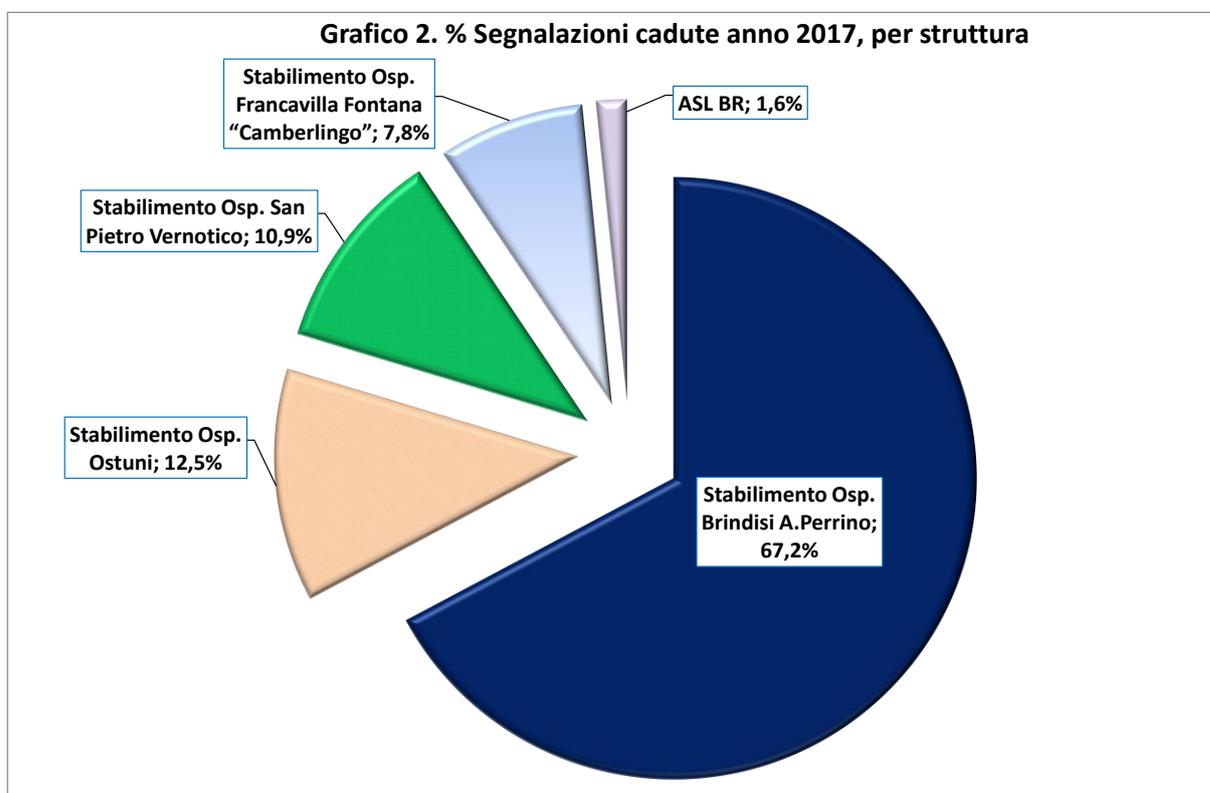


Il 67,2% delle segnalazioni (tabella 1, grafico 2) sono pervenute dal P.O. Perrino di Brindisi, le altre strutture hanno inviato meno di dieci segnalazioni, mentre una è giunta dal poliambulatorio distrettuale della ASL BR.

**Tabella 1. Segnalazioni cadute anno 2017, per struttura**

Struttura	N	%
Stabilimento Osp. Brindisi A.Perrino	43	67,2
Stabilimento Osp. Ostuni	8	12,5
Stabilimento Osp. San Pietro Vernotico	7	10,9
Stabilimento Osp. Francavilla Fontana "Camberlingo"	5	7,8
ASL BR	1	1,6
Totale	64	100

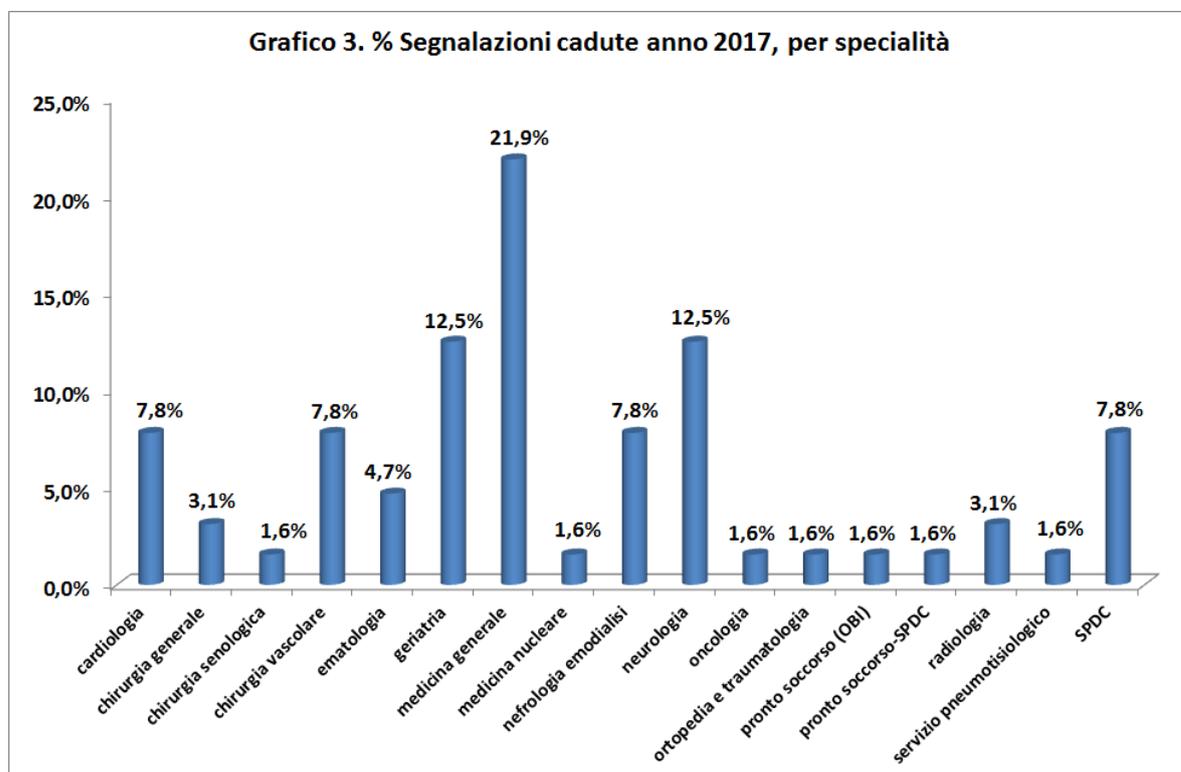
**Grafico 2. % Segnalazioni cadute anno 2017, per struttura**



La tabella 2 e il grafico 3 mostrano come il maggior numero di segnalazioni cadute nell'anno 2017 sia giunto dalla U.O. di Medicina Generale (n. 14, pari al 21,9%), seguita dalla Geriatria e dalla Neurologia (n. 8; 12,5%).

**Tabella 2. Segnalazioni cadute anno 2017, per specialità**

Specialità	N.	%
medicina generale	14	21,9
geriatria	8	12,5
neurologia	8	12,5
cardiologia	5	7,8
chirurgia vascolare	5	7,8
nefrologia emodialisi	5	7,8
SPDC	5	7,8
ematologia	3	4,7
chirurgia generale	2	3,1
radiologia	2	3,1
chirurgia senologica	1	1,6
medicina nucleare	1	1,6
oncologia	1	1,6
ortopedia e traumatologia	1	1,6
pronto soccorso (OBI)	1	1,6
pronto soccorso-SPDC	1	1,6
servizio pneumotisiologico	1	1,6
Totale	64	100,0

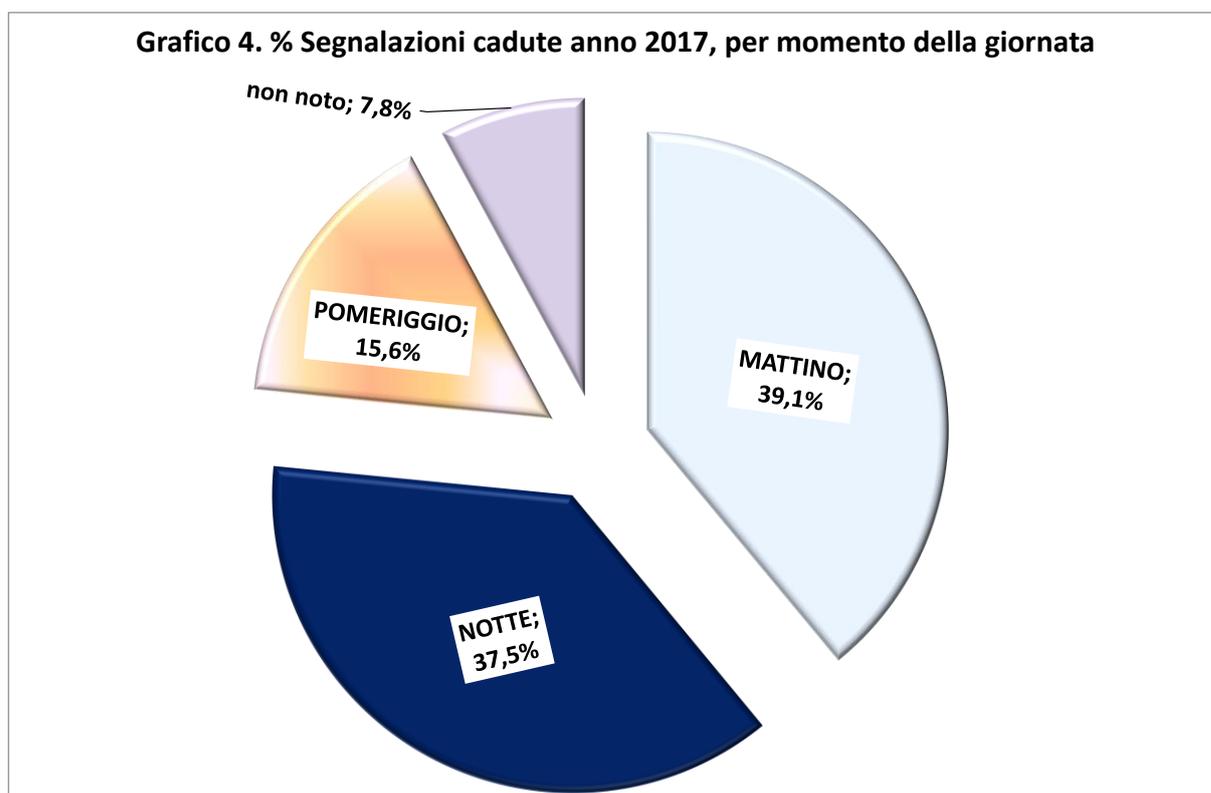


Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento è accaduto (tabella 3; grafico 4), è evidente come il maggior numero di casi segnalati nel 2017 si sia verificato durante il mattino (n. 25; 39,1%) e la notte (n. 24; 37,5%). Nel 7,8% dei casi non è stato possibile identificare il momento della giornata.

**Tabella 3. Segnalazioni cadute anno 2017, per momento della giornata**

Momento della giornata	N.	%
MATTINO	25	39,1
NOTTE	24	37,5
POMERIGGIO	10	15,6
non noto	5	7,8
<b>Totale</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

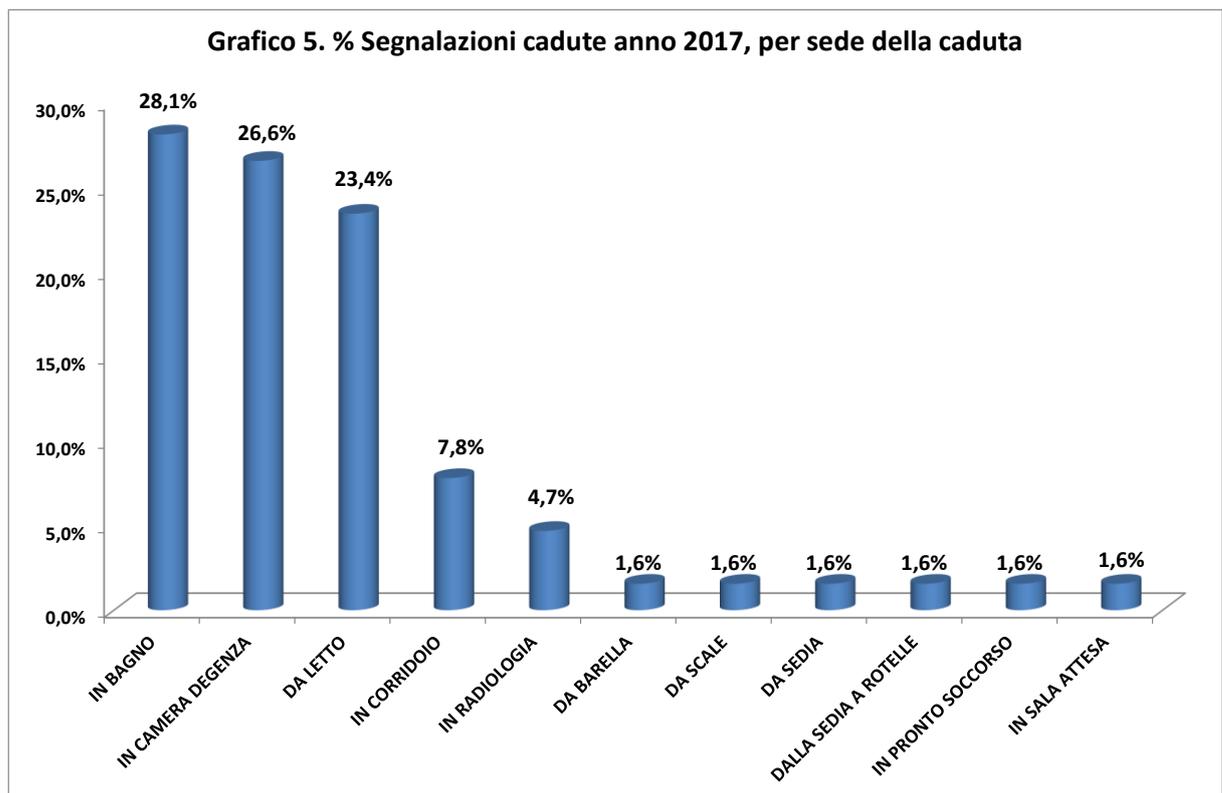
**Grafico 4. % Segnalazioni cadute anno 2017, per momento della giornata**



L'analisi delle segnalazioni ha permesso inoltre di individuare come la sede più frequente delle cadute (tabella 4, grafico 5) sia stata il bagno (n. 18, pari al 28,1%), seguita dalla camera di degenza (n. 17; 26,6%) e dal letto (15; 23,4%).

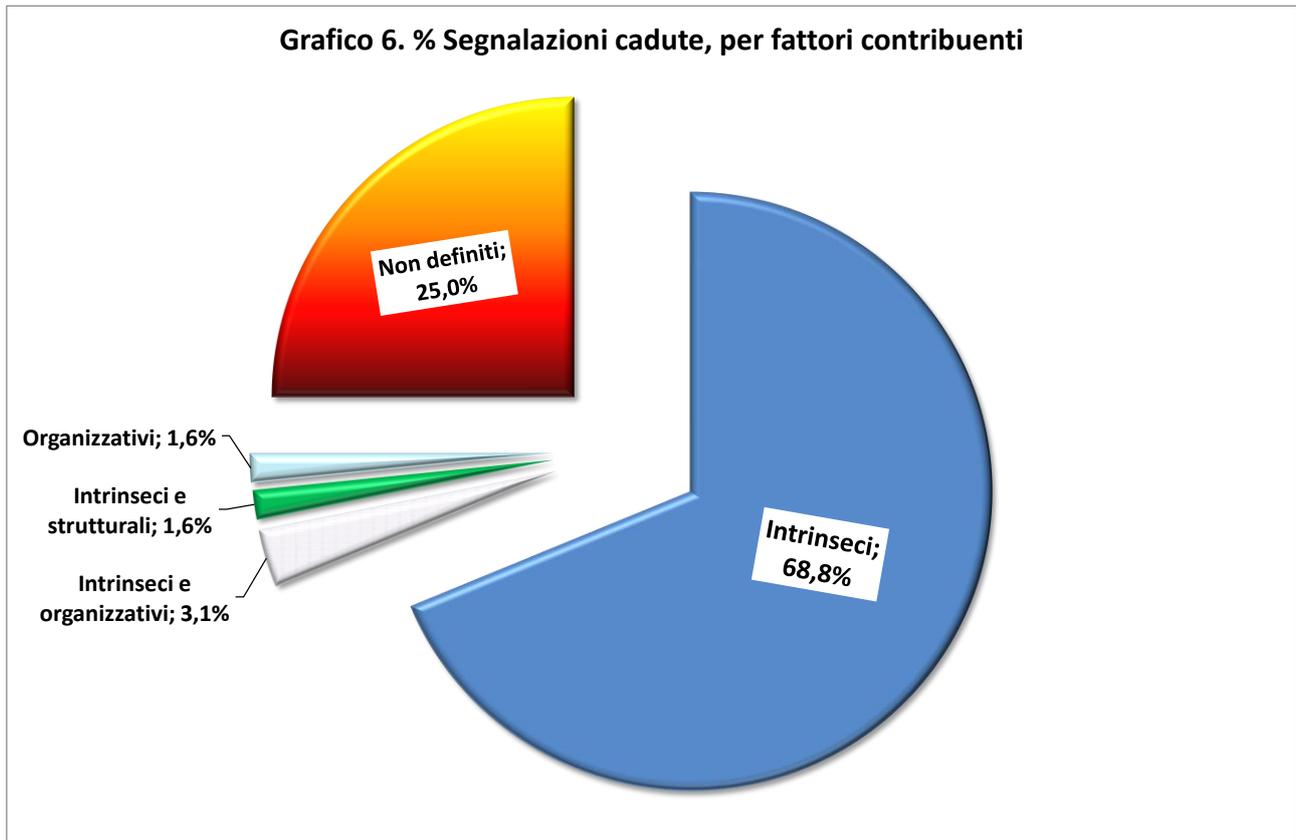
**Tabella 4. Segnalazioni cadute anno 2017, per sede della caduta**

Sede	N.	%
IN BAGNO	18	28,1
IN CAMERA DEGENZA	17	26,6
DA LETTO	15	23,4
IN CORRIDOIO	5	7,8
IN RADIOLOGIA	3	4,7
DA BARELLA	1	1,6
DA SCALE	1	1,6
DA SEDIA	1	1,6
DALLA SEDIA A ROTELLE	1	1,6
IN PRONTO SOCCORSO	1	1,6
IN SALA ATTESA	1	1,6
<b>TOTALE</b>	<b>64</b>	<b>100</b>



In considerazione del fatto che la caduta è causata da un'interazione complessa di fattori legati alle condizioni di salute del paziente (intrinseci), agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari, oltre che alle circostanze, si è

ritenuto opportuno distinguere sinteticamente i fattori contribuenti la caduta in intrinseci, organizzativi, strutturali e misti. I fattori implicati nel 68,8% delle cadute sono risultati i fattori intrinseci, ossia legati alle patologie sofferte e ai farmaci utilizzati dai pazienti che ne aumentavano il rischio cadute indipendentemente dalle eventuali misure messe in atto per prevenire le stesse. Tuttavia, nel 25% dei casi (in genere cadute senza conseguenze per il paziente) i fattori contribuenti non sono stati definiti.

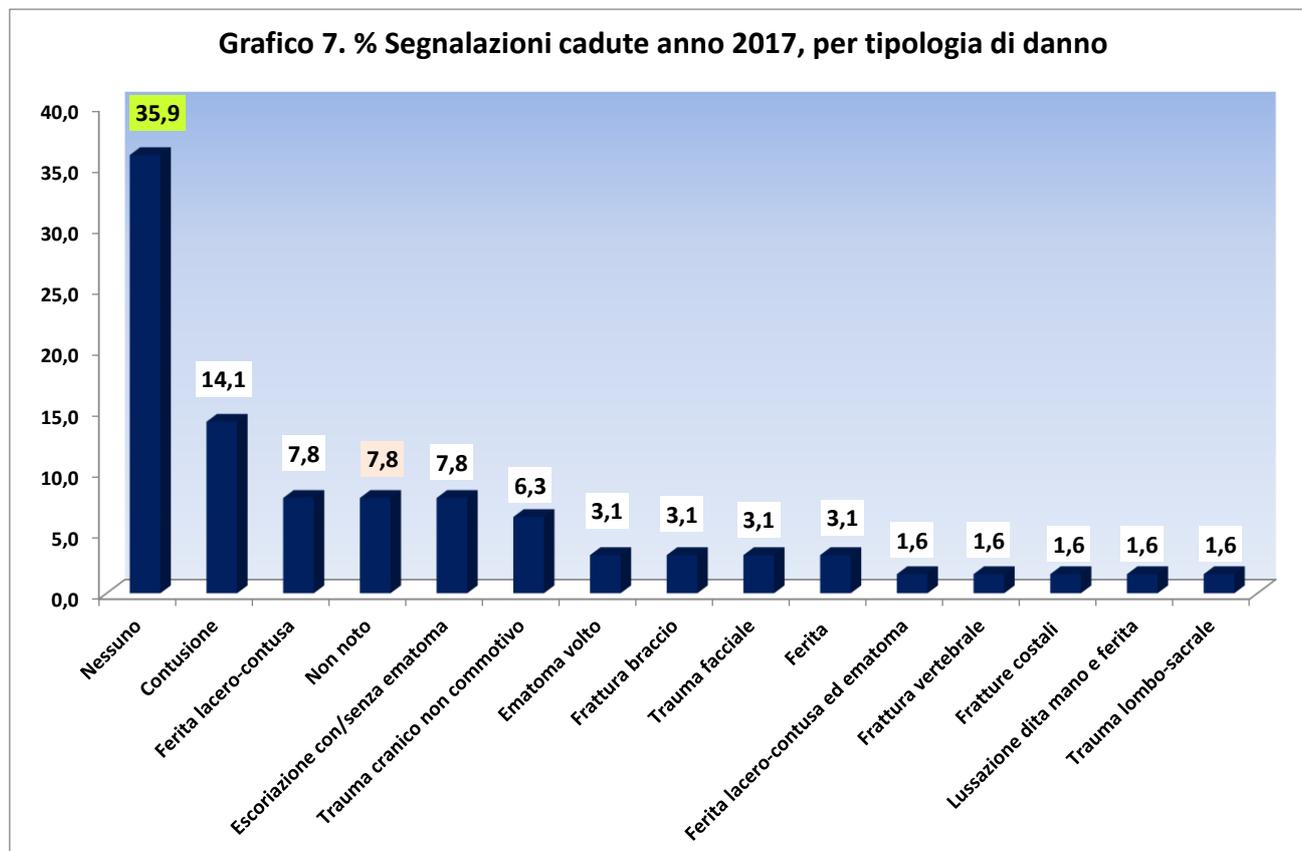


Riguardo alle conseguenze della caduta (tabella 5, grafico 7), nel 35,9% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, mentre il 14% ha riportato una contusione e il 7,8% una ferita lacero-contusa o un'escoriazione con/senza ematoma. Le conseguenze dell'evento non sono state riportate in 5 segnalazioni. In 4 casi la caduta ha avuto come esito una frattura.

**Tabella 5. Segnalazioni cadute anno 2017, per conseguenze della caduta**

TIPOLOGIA DI DANNO	N. segnalazioni cadute 2017	%
Nessuno	23	35,9
Contusione	9	14,1
Ferita lacero-contusa	5	7,8
Non noto	5	7,8
Escoriazione con/senza ematoma	5	7,8
Trauma cranico non commotivo	4	6,3
Ematoma volto	2	3,1
Frattura braccio	2	3,1
Trauma facciale	2	3,1
Ferita	2	3,1
Ferita lacero-contusa ed ematoma	1	1,6
Frattura vertebrale	1	1,6
Fratture costali	1	1,6
Lussazione dita mano e ferita	1	1,6
Trauma lombo-sacrale	1	1,6
TOTALE	64	100,0

**Grafico 7. % Segnalazioni cadute anno 2017, per tipologia di danno**



### Segnalazione altri eventi avversi

Nell'anno 2017 sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri 10 eventi avversi, come indicato in tabella 6.

**Tabella 6. N° altri eventi avversi anno 2017, per tipologia**

Tipologia di evento	N.
INCIDENTE IN RADIOLOGIA	2
INCIDENTE IN REPARTO	2
ERRORE DIAGNOSTICO	1
LESIONE CUTANEA	1
GESTO AUTOLESIVO	1
MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVO MEDICO	1
REAZIONE AVVERSA DA VACCINO	1
STRAVASO DI FARMACO CHEMIOTERAPICO	1
<b>TOTALE</b>	<b>10</b>

### Segnalazione eventi sentinella

Nel 2017 sono stati segnalati alla U.O. Gestione del Rischio Clinico 6 eventi sentinella.

Nella tabella 7 sono riportati: la tipologia di evento sentinella, la Unità Operativa in cui l'evento si è verificato e il relativo esito.

**Tabella 7. N° eventi sentinella anno 2017, per U.O. ed esito**

TIPO EVENTO SENTINELLA	U.O.	ESITO	N.
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	OSTETRICA E GINECOLOGIA	DECESSO	1
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	CARDIOLOGIA	FRATTURA VERTEBRALE	1
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	PERDITA DEL CAMPIONE, MANCATA DIAGNOSI ISTOLOGICA	2
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	RADIOLOGIA	DECESSO	1
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	NEUROLOGIA	DECESSO	1
<b>TOTALE</b>			<b>6</b>

In dettaglio, gli eventi sentinella sono consistiti in:

- 1) Ostetricia e Ginecologia: paziente con gravidanza gemellare e gestosi edemigena-ipertensiva, sottoposta a taglio cesareo. Morte per emorragia post-partum e atonia resistenti a terapie mediche-trasfusionali e trattamento chirurgico (baloon di Bakri ed isterectomia).
- 2) Cardiologia: paziente caduta con conseguente frattura vertebrale.
- 3) Anatomia ed istologia patologica: a) smarrimento del blocchetto in paraffina di una biopsia epatica, con conseguente impossibilità di diagnosi di istotipo della neoplasia; b) smarrimento di una biopsia epatica durante la fase dell'inclusione del frammento biotico in paraffina con impossibilità di diagnosi istologica della lesione.
- 4) Radiologia: paziente deceduto dopo la somministrazione di mezzo di contrasto.
- 5) Neurologia: paziente suicidatosi, nonostante le misure di salvaguardia messe in atto in reparto.

#### Richieste risarcimento pervenute alla ASL BR

Nel 2017 sono pervenute 124 richieste di risarcimento danni (azioni giudiziali e stragiudiziali), di cui 21 riguardanti denunce per sinistri provocati da cani randagi e in cui si sono verificate lesioni alle persone. Nel totale riportato non sono inclusi i sinistri per randagismo in cui siano stati lamentati solo danni auto.

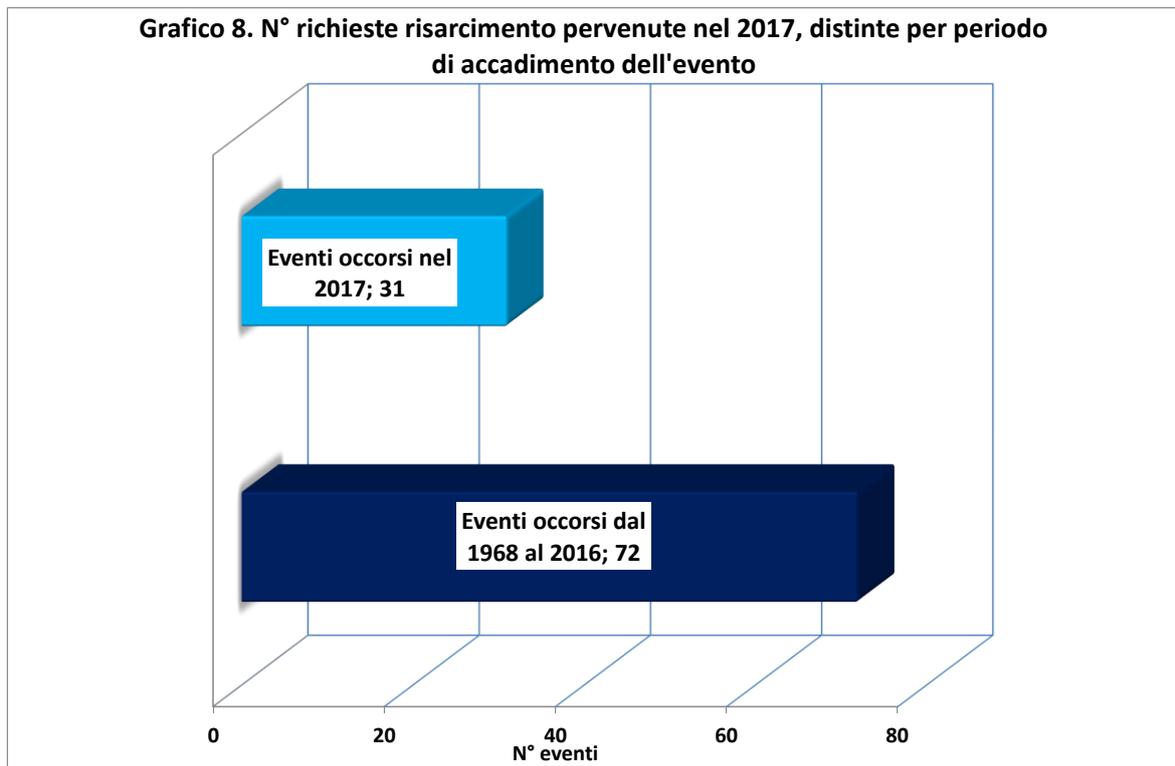
Escludendo i sinistri per randagismo, delle restanti 103 richieste risarcimento, l'81% ha riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinica o assistenziale, il 7,8% cadute di pazienti o visitatori.

Distinguendo le richieste risarcimento per tipologia di area interessata (tabella 8), è evidente che, nel 2017, la maggiore frequenza ha riguardato prestazioni dell'area chirurgica (33%) e patologie infettive (18,4%), seguite da contestazioni relative alla correttezza o tempestività della diagnosi (11,7%). Le date di accadimento degli eventi si collocavano tra il 1968 e il 2017 (grafico 8).

**Tabella 8. Richieste risarcimento pervenute nell'anno 2017, per area interessata**

TIPOLOGIA DI AREA	ANNO 2017	
	N. eventi	%
Area procedure chirurgiche/invasive	34	33,0
Area patologie infettive	19	18,4
Area diagnostica	12	11,7
Area terapeutica	13	12,6
Cadute	8	7,8
Area ostetrica	4	3,9
Area lesioni personali non da presunta malpractice	5	4,9
Altro	3	2,9
Area smarrimento ausili paziente	2	1,9
Malattia professionale	2	1,9
Area funzionamento dispositivi medici	1	1,0
<b>TOTALE</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

**Grafico 8. N° richieste risarcimento pervenute nel 2017, distinte per periodo di accadimento dell'evento**



Dalla tabella 9, in cui le richieste risarcimento sono distinte per specialità di attribuzione dell'evento, si evince che le specialità più interessate sono state: l'Ortopedia e Traumatologia (in

totale 31,1%; 27,2% da sola, 3,9% insieme ad altre specialità), l'Ostetricia e Ginecologia (11,7%) e la Chirurgia generale (6,8%).

**Tabella 9. Richieste risarcimento pervenute nell'anno 2017, per Specialità**

Specialità	N° richieste risarcimento anno 2017	%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	27,2
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	11,7
CHIRURGIA GENERALE	7	6,8
STRUTTURA	6	5,8
NEUROCHIRURGIA	4	3,9
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA + Altra Specialità	4	3,9
OCULISTICA	4	3,9
PRONTO SOCCORSO	4	3,9
CARDIOLOGIA	3	2,9
RADIOLOGIA	3	2,9
MEDICINA GENERALE	3	2,9
CHIRURGIA PLASTICA	2	1,9
GERIATRIA	2	1,9
NON IDENTIFICATA	2	1,9
RIANIMAZIONE + Altre Specialità	2	1,9
OTORINOLARINGOIATRIA	2	1,9
PEDIATRIA	2	1,9
UTIN-NEONATOLOGIA	2	1,9
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	1,0
CHIRURGIA VASCOLARE	1	1,0
EMATOLOGIA	1	1,0
LABORATORIO ANALISI	1	1,0
NEFROLOGIA	1	1,0
NEUROLOGIA	1	1,0
NEUROLOGIA + Altra Specialità	1	1,0
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	1,0
OSTETRICIA E GINECOLOGIA + Altra Specialità	1	1,0
PNEUMOLOGIA	1	1,0
UROLOGIA	1	1,0
<b>TOTALE</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

## Attività messe in atto dalla U.O. Gestione del Rischio Clinico

- 1) Richiesta di relazione sugli eventi avversi  
La U.O. Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento avverso nella cui segnalazione erano carenti le informazioni sulle conseguenze e sugli interventi messi in atto al fine di prevenire lo stesso o il ripetersi di eventi analoghi, ha richiesto una relazione al reparto o al servizio interessato, stimolando in questo modo l'analisi approfondita del caso.
- 2) Supporto all'analisi degli eventi sentinella segnalati  
La U.O. Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento sentinella segnalato nel 2017, ha fornito un supporto concreto all'analisi dello stesso e, in particolare, all'individuazione dei fattori che avevano contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con evidenziazione delle criticità migliorabili e definizione di un piano d'azione per ridurre la probabilità di occorrenza di un nuovo evento. Nella maggior parte dei casi la metodologia utilizzata per l'analisi dell'evento sentinella è stata la discussione del caso in reparto e, più raramente, attività di audit.
- 3) Organizzazione e realizzazione del Progetto Formativo Aziendale (PFA) "La prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero".

Il PFA, finalizzato alla formazione di tutti i professionisti sanitari, aveva i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare il personale sulla necessità di agire per garantire la massima sicurezza al paziente, focalizzando l'attenzione sulla prevenzione degli eventi caduta in ambito ospedaliero;
- fornire gli strumenti e i metodi utilizzabili per la gestione dei rischi;
- far comprendere l'importanza della segnalazione di eventi avversi, near miss ed eventi sentinella e le modalità con cui le segnalazioni devono essere correttamente effettuate;
- formare gli operatori sulla prevenzione del rischio clinico attraverso l'applicazione di linee guida, raccomandazioni ministeriali, procedure, buone pratiche cliniche;
- fornire un atteggiamento multidisciplinare sulla prevenzione e gestione delle cadute, dall'epidemiologia del fenomeno alla valutazione del rischio e ai relativi flussi informativi.

Il Corso si è svolto in 8 edizioni e si è articolato in lezioni frontali, confronti, dibattiti, esercitazioni pratiche, valutazioni del rischio cadute, simulazioni e somministrazione di questionario ECM.

Gli operatori sanitari iscritti al Corso, comprendenti diverse professionalità (medici, infermieri, coordinatori infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi, TSRM, tecnici, OSS), sono stati 287, pari al 70% degli iscritti, e i crediti ECM assegnati sono stati 3.386,6 (11,8 x 287).

In considerazione della necessità di formare ulteriori professionisti sanitari e dell'esperienza estremamente positiva del Corso, è stata prevista la realizzazione di una

nuova edizione nell'anno 2018 al fine di recuperare coloro che, per vari motivi, non hanno potuto partecipare alle prime edizioni.

### **Bibliografia**

- Azienda Sanitaria Locale BR. Bilancio Sociale 2015, Luglio 2017.
- 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. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 23 giugno 2014, n. 1310: Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting".
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 "Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti".