



ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1



RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

ANNO 2021

Marzo 2022

Documento redatto a cura della U.O.S.D. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico

Dirigenti Medici:

Dott.ssa Stefania Bello

Dott. Giuseppe Lecce

Funzionari:

Dott.ssa Maria Rosaria De Fazio

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

Commesso: *Sig. Antonio Natali*

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

Tel: 0831/536659

Redattori:

Dott.ssa Stefania Bello

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

INDICE

INTRODUZIONE	2
DEFINIZIONI	3
METODOLOGIA	4
RISULTATI	5
SEGNALAZIONI CADUTE	5
SEGNALAZIONI ALTRI EVENTI AVVERSI	9
SEGNALAZIONI EVENTI SENTINELLA	10
SEGNALAZIONI ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI	10
RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI PERVENUTE ALLA ASL BR DI COMPETENZA DELLA UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	11
SINISTRI CORRELATI ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19	15
ATTIVITÀ MESSE IN ATTO DALLA U.O.S.D. GESTIONE DEL RISHIO CLINICO IN RELAZIONE AGLI EVENTI AVVERSI	16
BIBLIOGRAFIA	17

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, organizzativi etc. La grande complessità di un'organizzazione sanitaria fa sì che il rischio di evento avverso sia insito in essa e, 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) e la qualità delle prestazioni e dei processi, riducendo gli eventi avversi prevenibili e, di riflesso, le occasioni di contenzioso.

L'identificazione e l'analisi dei fattori che possono aver causato e/o contribuito all'occorrenza dell'evento avverso può essere effettuata utilizzando una metodologia di analisi validata, orientata al sistema ed ai processi (root cause analysis, audit, etc) oppure 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 o cause radice 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" e in base al principio che "se non si può misurare qualcosa, non si può migliorarla".

La U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi effettua tra le sue attività il monitoraggio continuo degli eventi avversi segnalati dagli operatori della ASL e, ove opportuno, richiede alle strutture interessate un'analisi approfondita degli stessi, garantendo anche 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, e.g. con la nota metodologia dell'Audit.

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 sanitari alla U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi nell'anno 2021, 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 danni 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.

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 validata 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, pertanto, 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 ed inviare al Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale.

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 così come modificata dalla DGR n. 2349 del 11 novembre 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.

b) Modalità di segnalazione degli eventi sentinella

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene invece effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale. Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, quali trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, reintervento chirurgico, disabilità permanente, coma, morte, etc. Riguardo alla segnalazione di un evento sentinella, 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 ripetersi dello stesso, tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il SIMES, entro 45 giorni solari.

c) Modalità di segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Nella ASL BR la segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari viene effettuata dagli operatori medesimi tramite la scheda di rilevazione dei comportamenti aggressivi allegata alla "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" adottata con delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016.

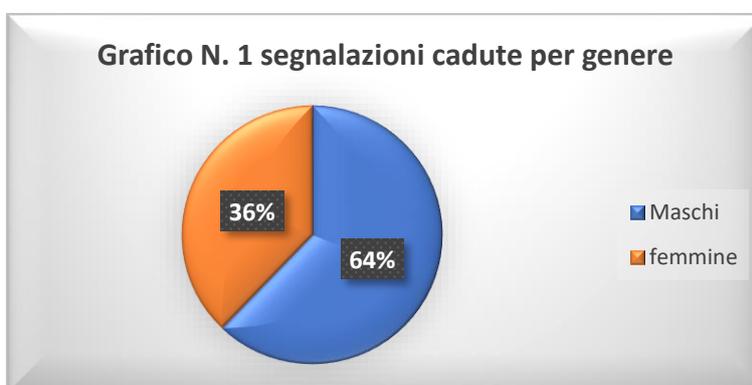
RISULTATI

SEGNALAZIONI CADUTE

Nell'anno 2021 sono state segnalate, dalle varie strutture della ASL BR, 74 cadute accidentali. La maggior parte delle segnalazioni ha riguardato soggetti di genere maschile (64% vs 36%) (Tabella 1, Grafico 1). Per quanto riguarda l'età è emersa una media di 72,5 anni ed una mediana di 75,5 anni.

Tabella n. 1: Segnalazioni cadute per genere

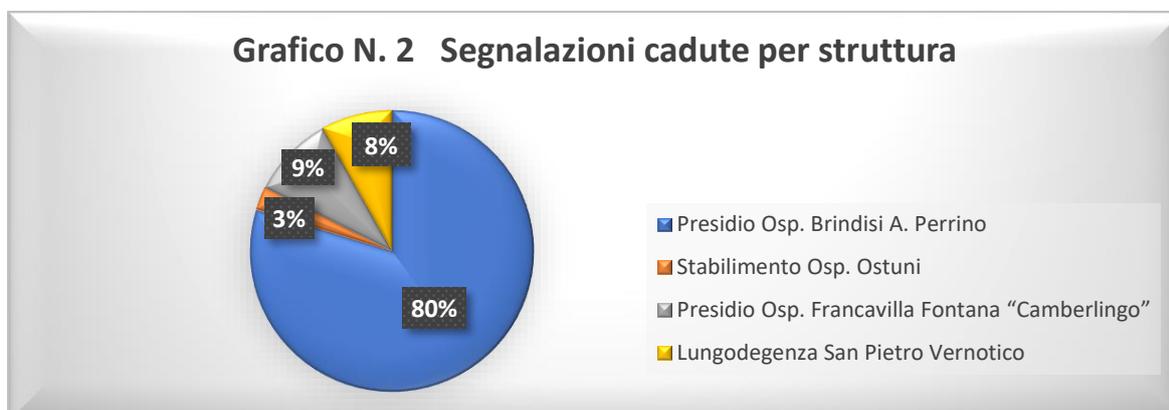
GENERE	N	%
Maschi	47	64
Femmine	27	36
Totale	74	100



L'80% (n. 59) delle segnalazioni sono pervenute dal P.O. Perrino di Brindisi, mentre le altre strutture hanno inviato complessivamente 15 segnalazioni (20%) meglio dettagliate in Tabella 2, Grafico 2.

Tabella n. 2: Segnalazioni cadute per struttura

STRUTTURA	N	%
Presidio Osp. Brindisi A. Perrino	59	80
Presidio Osp. Francavilla Fontana Camberlingo	7	9
Lungodegenza San Pietro Vernotico	6	8
Stabilimento Osp. Ostuni	2	3
Totale	74	100



La Tabella 3 e il Grafico 3 mostrano come il maggior numero di segnalazioni per cadute nell'anno 2021 sia giunto dalla U.O.C. di Neurologia (n. 12, pari al 17% del totale), seguita dalle U.O.C. di Nefrologia (n. 9, pari al 12% del totale) e Cardiologia (n. 8, pari al 11% del totale).

Tabella n. 3: Segnalazioni cadute per specialità

SPECIALITÀ	N	%
Neurologia	12	17
Nefrologia	9	13
Cardiologia/UTIC	8	11
Medicina Interna	7	9
Ematologia	7	9
Malattie Infettive	6	8
Oncologia	5	7
Chirurgia Generale	4	5
Lungodegenza	4	5
Geriatría	3	4
Chirurgia Vascolare	2	3
Radiologia	2	3
Lungodegenza Covid /PTA	2	3
Medicina Covid	1	1
Urologia	1	1
Pronto Soccorso	1	1
Totale	74	100

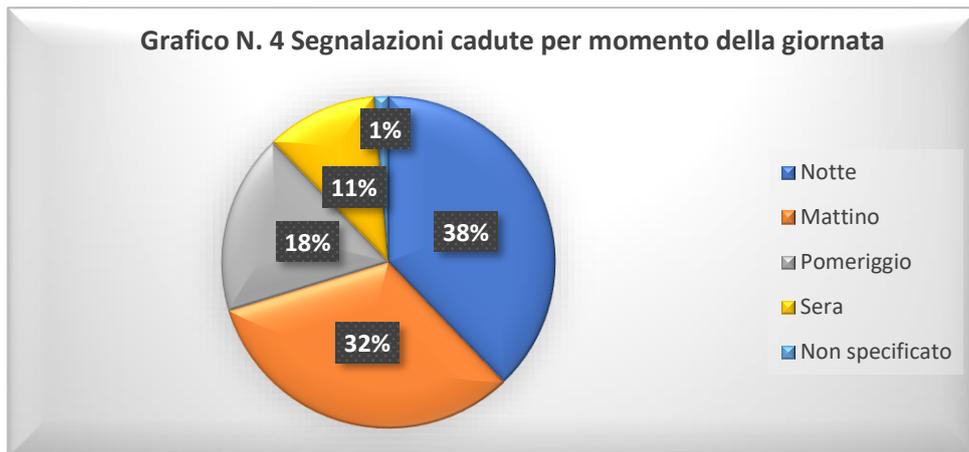


Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento si è verificato (Tabella 4, Grafico 4), è evidente come il maggior numero di casi si sia verificato durante la notte (n. 28; 38%) e il mattino (n. 24; 32%).

Tabella n. 4: Segnalazioni cadute per momento della giornata

Momento della giornata	N	%
Notte	28	38
Mattino	24	32
Pomeriggio	13	18
Sera	8	11
Non specificato	1	1
Totale	74	100

Grafico N. 4 Segnalazioni cadute per momento della giornata

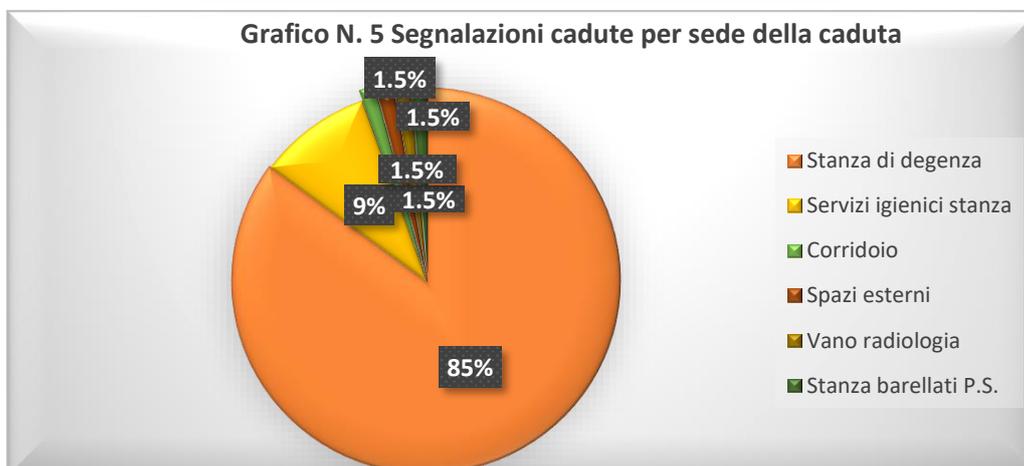


L'analisi delle segnalazioni ha permesso, inoltre, di rilevare come le sedi ove si verificano più frequentemente le cadute (Tabella 5, Grafico 5) siano state le stanze di degenza (n. 63, pari al 85%), seguita dal bagno della stanza di degenza (n. 7, pari al 9%).

Tabella n. 5: Segnalazioni cadute per sede della caduta

SEDE	N	%
Stanza di degenza	63	85
Servizi igienici stanza	7	9
Corridoio	1	1.5
Spazi esterni	1	1.5
Vano radiologia	1	1.5
Stanza barellati P.S.	1	1.5
Totale	74	100

Grafico N. 5 Segnalazioni cadute per sede della caduta



Segnalazioni cadute per fattori contribuenti

Tenuto conto che la caduta può essere sottesa da un'interazione complessa di fattori si è ritenuto opportuno distinguere sinteticamente i fattori contribuenti la caduta in fattori intrinseci (legati al paziente ed al suo stato di salute), fattori estrinseci (organizzativi, strutturali) e fattori misti (sia intrinseci che estrinseci). Nei fattori organizzativi viene compresa anche la mancata adozione di misure preventive, come l'utilizzo della scheda di Conley, strumento con il quale viene valutato il rischio intrinseco di caduta del paziente.

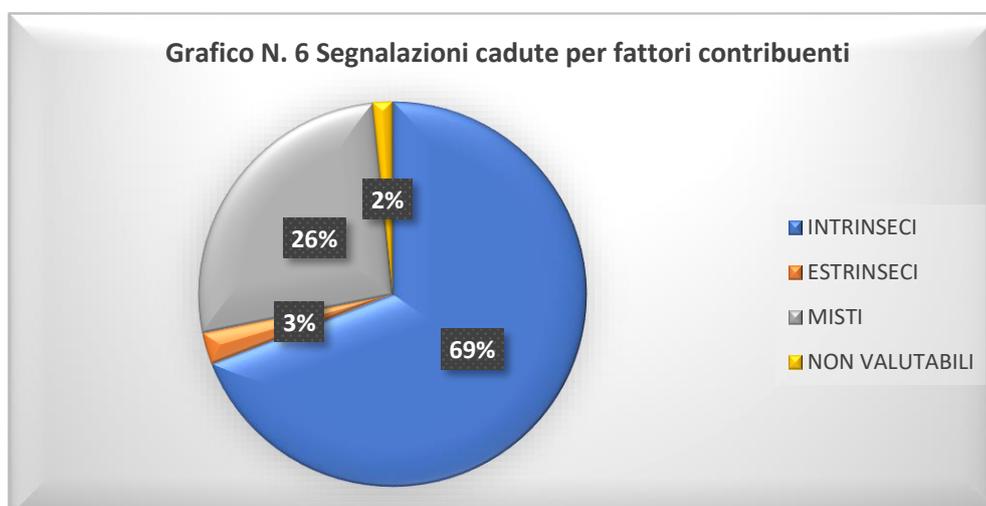
Nel 70% delle cadute i fattori determinanti sono proprio quelli intrinseci, ossia legati alle patologie e ai farmaci utilizzati dai pazienti, correlati ad un maggior rischio di caduta indipendentemente dalle eventuali misure preventive.

Nel 27% delle segnalazioni vi era associazione di fattori intrinseci e fattori organizzativi.

Solo nel 3% dei casi i fattori contribuenti potevano essere considerati prevalentemente estrinseci (Tabella 6, Grafico 6).

Tabella n. 6: Segnalazioni caduta per fattori contribuenti

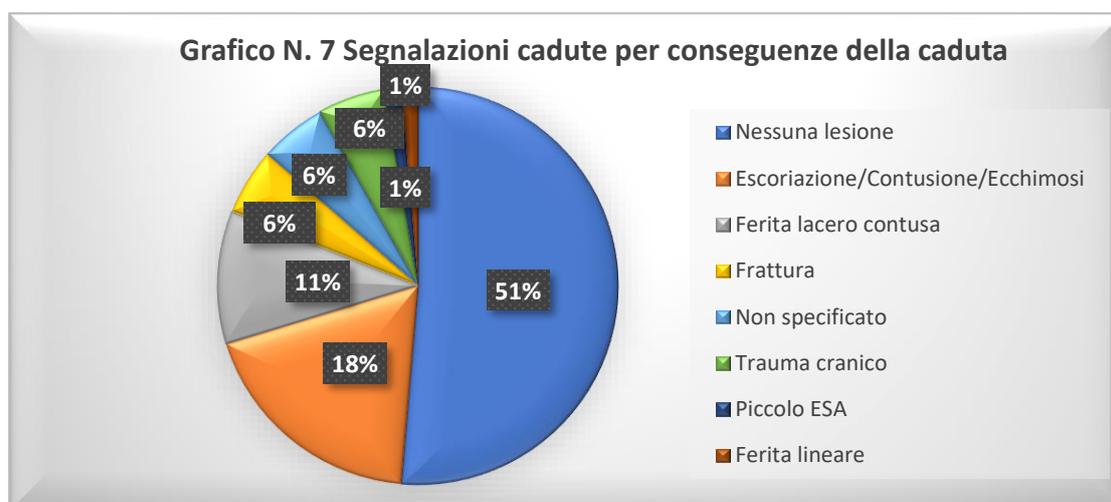
Fattori	N	%
Intrinseci	52	70
Intrinseci/estrinseci	20	27
Estrinseci	2	3
Totale	74	100



Riguardo alle conseguenze della caduta (Tabella 7, Grafico 7), nel 51% dei casi il paziente non ha riportato alcun danno, nel 18% dei casi ha riportato un danno di lieve entità (escoriazioni/contusioni/ecchimosi), nel 6% un trauma maggiore (frattura). Nel 6% dei casi non si conosce l'entità del danno poiché non segnalato.

Tabella n. 7: Segnalazioni cadute per conseguenze della caduta

CONSEGUENZE CADUTA	N	%
Nessuna lesione	38	51
Escoriazione/Contusione/Ecchimosi	14	18
Ferita lacero contusa	8	11
Frattura	4	6
Non specificato	4	6
Trauma cranico	4	6
Piccolo ESA	1	1
Ferita lineare	1	1
Totale	74	100



SEGNALAZIONI ALTRI EVENTI AVVERSI

Nell'anno 2021 sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri 12 eventi avversi (di cui 1 near miss), come indicato in Tabella n. 8.

Tabella n. 8: Altri eventi avversi/near miss per tipologia

TIPOLOGIA EVENTO	N
Stravasamento farmaco	4
Errata somministrazione farmaco	2
Assenza corrente elettrica	1
Malfunzionamento informatico	1
Errata somministrazione vaccino	1
Detenzione arma da taglio	1
Ritenzione garza da medicazione	1
Ritardo di intervento chirurgico	1
TOTALE	12

SEGNALAZIONI EVENTI SENTINELLA

Nel 2021 sono stati segnalati alla UOSD Gestione del Rischio Clinico n. 2 eventi sentinella. Nella Tabella n. 9 sono riportati la tipologia di evento sentinella e il relativo esito.

Tabella n. 9: Eventi sentinella anno 2021 per Tipologia ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE	Trauma Maggiore	1
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	Decesso	1
Totale		2

SEGNALAZIONI ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI

Nel corso dell'anno 2021 sono pervenute n. 9 segnalazioni di atti di violenza nei confronti di operatori sanitari. Appare evidente la sensibile riduzione del numero se rapportato a quello dello scorso anno in cui se ne verificarono 27.

Nella tabella n. 10 grafico n. 8 vengono distinte per sede ove è avvenuta l'aggressione.

Tabella n.10: Episodi di violenza contro operatori sanitari per sede di lavoro

SEDE DI LAVORO	N
PO Perrino	2
SERT Francavilla Fontana	2
118 PM Ceglie M.ca	1
118 PPIT Mesagne	1
SERT Fasano	1
Distretto CA Brindisi	1
Distretto CA Ceglie M.ca	1
TOTALE	9



Del totale delle segnalazioni, il 53% si è caratterizzato per episodi di aggressione verbale, il 20% per episodi di aggressione verbale e fisica ed il 27% per aggressione fisica (Tabella 11, Grafico 9).

Tabella n.11: Episodi di violenza contro Operatori sanitari per tipologia di aggressione

TIPOLOGIA AGGRESSIONE	N	%
Aggressione Verbale	8	53
Aggressione fisica	4	27
Aggressione verbale e fisica	3	20



RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI PERVENUTE ALLA ASL BR DI COMPETENZA DELLA UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nel 2021 la UOSD Gestione del Rischio Clinico ha preso in carico n. 96 di sinistri nella forma di richieste di risarcimento danno stragiudiziali (lettere di messa in mora) oppure nella forma di azioni giudiziali contro la ASL Brindisi (inviti a mediazione, ricorsi ex art. 696 bis c.p.c. e 702 bis c.p.c., Atti di Citazione).

Nel totale riportato non sono incluse le richieste di risarcimento avanzate contro la ASL Brindisi per randagismo e con soli danni materiali (e.g. auto) o ad animali (e.g. animali da allevamento e/o da compagnia).

Parimenti non sono inclusi i sinistri privi di implicazione di tipo medico legale e, in generale, le evoluzioni di richieste di risarcimento pervenute a questa ASL in anni precedenti a quello in esame (e.g. azioni giudiziali per sinistri aperti in fase stragiudiziale), e pertanto conteggiati nei rispettivi anni di apertura.

Nel Grafico n. 10 si riporta schematicamente la distribuzione delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Gestione del Rischio Clinico nel corso dell'anno 2021 suddivise per categoria.

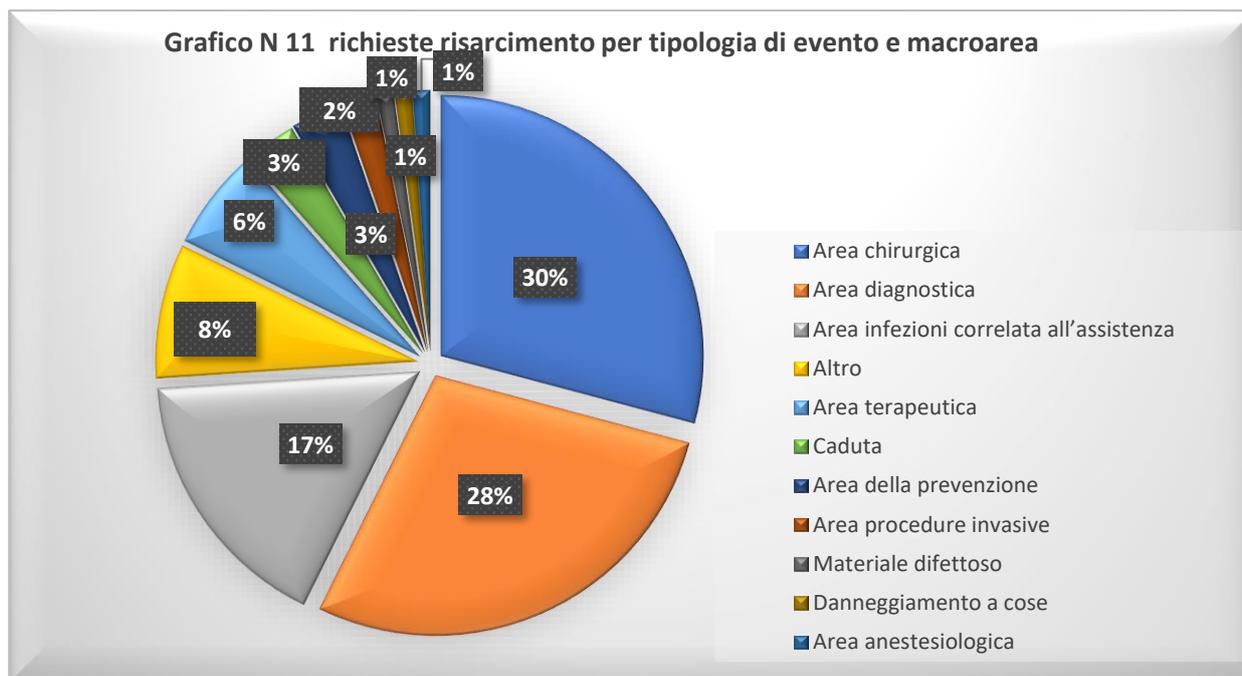


Del totale dei 96 sinistri, l'87% ha riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinico-assistenziale (n. 84 richieste), l'1% danneggiamento a cose (n. 1 richiesta) e l'8% da attribuirsi ad altre problematiche (n. 8 richieste), n. 2 richieste erano relative a cadute su terreni in comodato d'uso ad altri Enti.

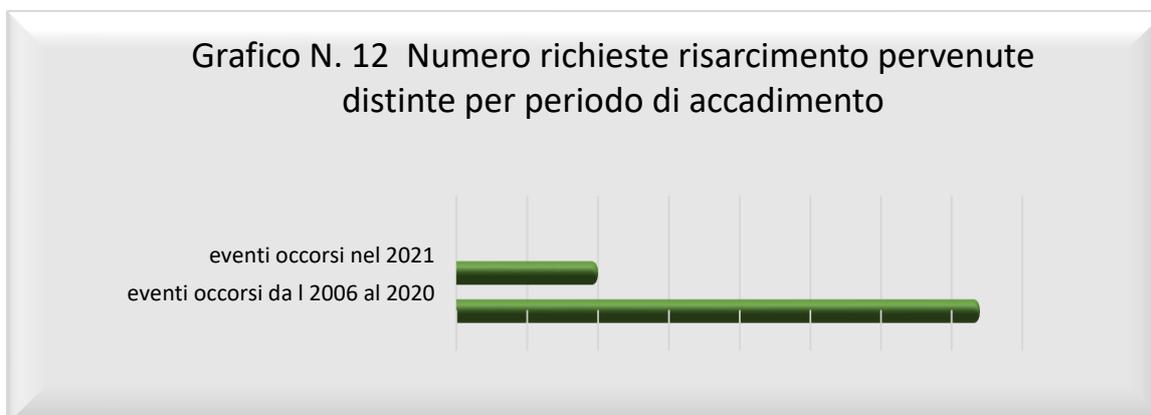
Distinguendo le suddette richieste risarcimento per tipologia di area interessata (Tabella n. 12, Grafico n. 11), si rileva che la maggiore frequenza ha riguardato prestazioni dell'area chirurgica (30%), contestazioni relative alla correttezza o tempestività della diagnosi (27%), seguite dalle presunte infezioni correlate all'assistenza (17%).

Tabella n. 12: Richieste risarcimento per tipologia di evento macroarea interessata

TIPOLOGIA EVENTO/MACROAREA	N	%
Area chirurgica	28	30
Area diagnostica	27	28
Area infezioni correlata all'assistenza	16	17
Altro	8	8
Area terapeutica	6	6
Caduta	3	3
Area della prevenzione	3	3
Area procedure invasive	2	2
Materiale difettoso	1	1
Danneggiamento a cose	1	1
Area anestesiologicala	1	1
Totale	96	100



Le date di accadimento degli eventi relativi alle 96 richieste risarcimento si collocavano tra il 2006 e il 2021 e di questi eventi 17 si erano verificati nel corso del 2021 (Grafico n. 12).



Dalla Tabella n. 13 e dal Grafico n. 12, in cui le richieste risarcimento relative all'ambito clinico-assistenziale sono distinte per specialità di attribuzione dell'evento, si evince che le branche maggiormente interessate sono state l'Ortopedia-Traumatologia (20%), l'Ostetricia-Ginecologia e il Pronto Soccorso (13%), e la Chirurgia Generale (12 %).

Una richiesta di risarcimento è stata avanzata per danni da caduta accidentale.

Tabella n. 13: Richieste risarcimento relative alla pratica clinico-assistenziale per Specialità (sono escluse le cadute, i presunti furti, gli smarrimenti, i danni a cose)

SPECIALITÀ	N	%
Ortopedia e Traumatologia	17	20
Pronto Soccorso	11	13
Chirurgia Generale	9	12
Ginecologia e Ostetricia	7	8
Neurochirurgia	5	7
Cardiologia-UTIC	4	5
Rianimazione	4	5
Anatomia Patologica	3	4
Radiologia	3	4
Malattie Infettive	3	4
Geriatria	2	2
Neurologia	2	2
Centro vaccinazione	2	2
Neonatologia/ Pediatria	2	2
ORL	2	2
Riabilitazione	1	1
Chirurgia Plastica	1	1
Nefrologia-Dialisi	1	1
Psichiatria	1	1
Odontoiatria	1	1
Urologia	1	1
Medicina Interna	1	1
Pneumologia	1	1
TOT	84	100

Dalla Tabella n. 14 e Grafico n. 14 si evince inoltre che nell'ambito delle 96 richieste di risarcimento, il 66% dei casi erano presunti danni permanenti, mentre nel 29 % dei casi trattavasi di decesso.

Tabella n. 14: Richieste risarcimento per tipologia di danno lamentato

Richieste risarcimento pervenute nel 2021, per tipologia di danno lamentato	N	%
Danno permanente	62	66
Decesso	28	29
Altro	5	4
Danno a cose	1	1
Totale	96	100

Grafico N 13 Richieste risarcimento relative alla pratica clinico-assistenziale per Specialità (sono escluse le cadute, i presunti furti, gli smarrimenti, i danni a cose)

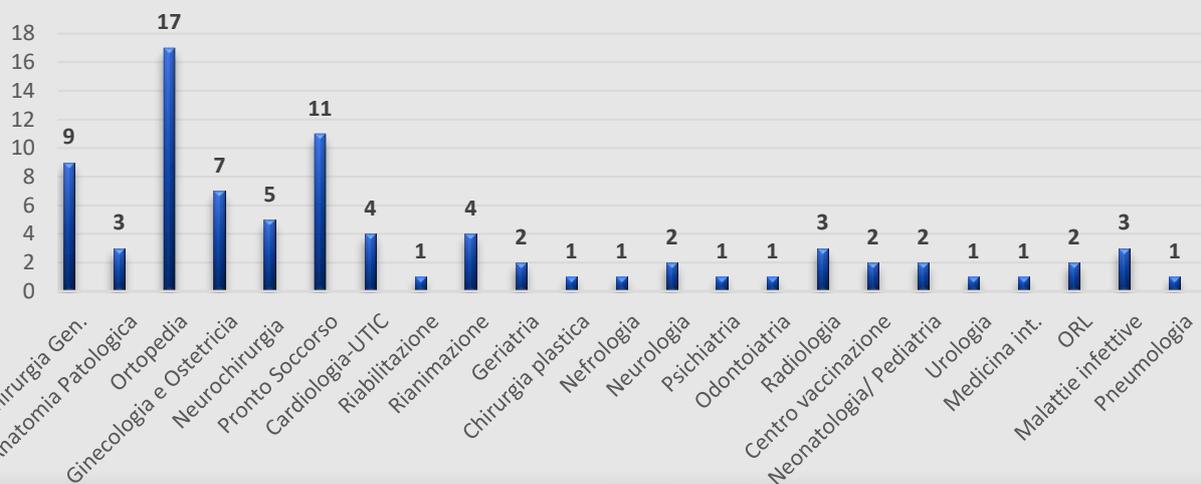
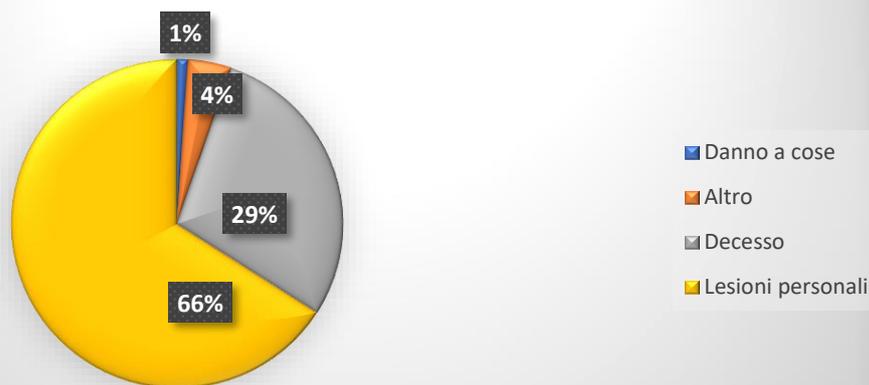


Grafico N 14 Richieste risarcimento per tipologia di danno lamentato



SINISTRI CORRELATI ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021 risultano pervenute a questa UOSD n. 9 richieste di risarcimento relative prestazioni clinico-assistenziali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica per Covid-19 (di cui n. 1 non ancora inserita nel flusso informativo SIMES per carenza di elementi istruttori). Di queste n. 9 richieste risarcimento, n. 1 è inquadrabile come infortunio sul lavoro di operatore sanitario. Risulta inoltre pervenuta la segnalazione di n. 1 procedimento penale. Dei suddetti 9 sinistri n. 4 sono esitati con il decesso del paziente.

Tabella n. 14: n. Sinistri o Procedimenti Penali dal 01/01/2021 al 31/12/2021 nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, suddivisi per Struttura, U.O., Tipologia di danno ed evento lamentato

Ambito Struttura Specialità	CIVILE			PENALE	Tipologia Danno	Tipologia Evento
	PO Perrino	PO Ostuni	Dipartim. Prev.	PO Perrino		
Oncologia	1				DECESSO	PRESUNTO CONTAGIO
Chirurgia Gen.	1				LESIONI	PRESUNTO CONTAGIO
Rianimazione				1	DECESSO	PRESUNTO ERRORE TERAPEUTICO
Non noto	1				LESIONI PERSONALI	PRESUNTO INFORTUNIO
SISP			3		LESIONI PERSONALI	PRESUNTO ERRORE DI PREVENZIONE (VACCINAZIONE)
Geriatria	1				DECESSO	PRESUNTO CONTAGIO
Neurologia	1				DECESSO	PRESUNTO CONTAGIO
SUBTOTALE	5		3	1		
TOTALE	9					

ATTIVITÀ MESSE IN ATTO DALLA U.O.S.D. GESTIONE DEL RISHIO CLINICO IN RELAZIONE AGLI EVENTI AVVERSI

1. Richiesta di relazione sugli eventi avversi
La U.O.S.D. 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.S.D. Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento sentinella segnalato nel 2021, ha fornito un supporto all'analisi dello stesso e 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. Generalmente la metodologia utilizzata per l'analisi dell'evento sentinella è stata la discussione del caso.
3. Promozione, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, di un monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- 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 11 novembre 2014, n. 2349: Modifica ed Integrazione della DGR n. 1310 del 23 giugno 2014 - 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".
- Delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016 della ASL BR: "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori".