

 <p><i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Data: 16/03/2019</p> <p>Pag. 1 di 11</p>
	<p>Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24</p>	



Centro Analisi Ambrosino s.n.c.
Dott.ssa Anna Rosa Scafuro

RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI



Centro Analisi Ambrosino s.n.c.
Dott.ssa Anna Rosa Scafuro

RELAZIONE ANNUALE EVENTI
AVVERSI

Data: 16/03/2019

Pag. 2 di 11

Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO.....	3
3. MISSION E VISION AZIENDALE.....	4
4. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO.....	4
5. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	4
6. AUDIT.....	9
7. REGISTRAZIONE EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI.....	11

 <p><i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Data: 16/03/2019</p>
	<p>Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24</p>	<p>Pag. 3 di 11</p>

1. PREMESSA

La legge 24/2017, all'art. 2 e all'art. 4, prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, per la trasparenza dei dati, la pubblicazione di una Relazione Annuale sulle attività di Risk Management.

La Direzione, in collaborazione col Risk Manager del Centro Analisi Dott. A. Ambrosino s.n.c., ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in Sanità.

La presente relazione redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017 intende rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nell'anno 2018 segnalati utilizzando il sistema di reporting aziendale, il sistema di Audit e le azioni correttive e di miglioramento messe in atto.

2. CONTESTO

Il Centro Analisi Dott. A. Ambrosino s.n.c. eroga prestazioni di analisi cliniche ed in PCR ed è presente sul territorio di Nola già dal 1969.

La proprietà sempre attenta alle evoluzioni normative e tecnologiche e alla gestione delle risorse umane e strumentali in funzione delle esigenze ed alle aspettative espresse dagli utenti.

Il sistema di gestione presente in struttura è in grado di soddisfare tutti i requisiti previsti dal Regolamento n.1 del 22 giugno 2007, pubblicato sul BURC n. 38 del 4 luglio 2007 e s.m.i. Il sistema di Gestione conforme alle Norme è, per sua natura, in grado di garantire un efficace organizzazione sempre mirata alla soddisfazione dell'utente ed alla qualità del servizio erogato.

 <p><i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Data: 16/03/2019</p>
	<p>Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24</p>	<p>Pag. 4 di 11</p>

Il centro Analisi Dott. A. Ambrosino s.n.c. ha sede nel territorio dell'ASL NA 3 SUD – distretto 49 e fornisce un servizio sanitario di analisi cliniche in accreditamento al Servizio Nazionale Sanitario, ovvero in regime di “convenzionamento”.

Il centro è ubicato in Via dei Mille n° 95 ex 20 dello stesso comune di Nola.

3. MISSION E VISION AZIENDALE

La mission del Centro è quella di contribuire al miglioramento della qualità della vita di quanti si rivolgeranno alla struttura per ricevere prestazioni sanitarie e di fornire strumenti e conoscenze concrete a tutti gli operatori del settore.

4. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

La Direzione ha individuato e nominato, tra le figure professionali del Centro, un Risk Manager, assegnando a quest'ultimo le seguenti mansioni:

- Valutare le criticità della vita aziendale
- Relazionare gli eventi avversi reali e potenziali alla Direzione Sanitaria
- Trovare soluzioni al fine di evitare il ripetersi o il verificarsi di eventi avversi

Il Direttore tecnico, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività Risk Management e definisce la politica aziendale per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte.

5. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

5.1 INTRODUZIONE

Di seguito alcune definizioni di Evento Avverso:



Centro Analisi Ambrosino s.n.c.
Dott.ssa Anna Rosa Scaturro

RELAZIONE ANNUALE EVENTI
AVVERSI

Data: 16/03/2019

Pag. 5 di 11

Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24

- Lesione causata dalla gestione clinica o da una complicità piuttosto che dalle sottostanti condizioni di malattia del paziente e che esita in un prolungamento della degenza o in uno stato di disabilità che persiste al momento della dimissione o in entrambi.
- Un evento o una omissione insorte durante le cure e che causa una lesione fisica o psichica ad un paziente.
- Una lesione causata dalla gestione clinica e che esita in una disabilità misurabile.
- Un evento indesiderabile accaduto nel corso di assistenza sanitaria che produce un cambiamento misurabile nello status del paziente.

Il Centro definisce la propria organizzazione intorno alla centralità che il paziente deve avere all'interno del sistema sanitario. Parlare di errore in medicina significa, in quest'ottica, parlare di sicurezza dell'ambiente sanitario e del paziente. Questo è forse il modo migliore per affrontare l'argomento, per non cadere nel facile equivoco di caccia al colpevole che il termine "errore" evoca inevitabilmente.

L'approccio all'errore sino ad oggi adottato è stato sempre ricondotto alla ricerca della responsabilità individuale. Tale approccio prevedeva un preciso modello di genesi e di gestione dell'errore, alla base del quale esisteva sempre il fattore individuale che poteva essere determinato da negligenza, superficialità dell'operatore, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione, fino all'incompetenza professionale.

Questa visione del problema da un grande senso di sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, è molto evidente, anche all'esterno, e definisce molto bene i ruoli all'interno dell'organizzazione: l'operatore agisce secondo regole e comportamenti attesi, se sbaglia la Direzione interviene con gli strumenti sanzionatori.

Nel tempo si è reso evidente a tutti come questo senso di sicurezza fosse solo apparente, non risolvendo il problema di fondo che è quello di eliminare le cause alla base dei comportamenti che lo hanno determinato. Questo differente modo di considerare l'errore umano ha favorito lo sviluppo di una metodologia di tipo sistemico per l'analisi degli incidenti. L'assunto teorico di base di questo metodo è che, se l'errore è atteso, il modello di gestione deve necessariamente essere indirizzato sul sistema e sull'ambiente in cui il professionista sanitario **opera, cercando di**

 <p><i>Centro Analisi Ambrosiane s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Data: 16/03/2019</p>
	<p>Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24</p>	<p>Pag. 6 di 11</p>

progettare e realizzare sistemi che rendano difficile alle persone fare le cose sbagliate e che “rendano invece facile fare le cose giuste”.

Nella pratica ciò si realizza con interventi tesi a rafforzare le difese del sistema di fronte al possibile errore attivo (commesso dall’operatore di prima linea), con la realizzazione di sistemi di compensazione e di tolleranza a possibili errori umani.

Questo approccio sposta quindi, in parte, il livello di responsabilità anche verso il gestore del sistema che costruisce l’ambiente operativo attraverso l’architettura organizzativa, ad esempio con i tipi di orario e di servizi, con particolari protocolli e procedure operative, con linee guida gestionali, con la disponibilità di tecnologie, con l’organizzazione dei processi lavorativi, ecc.

Gli strumenti classici sono rappresentati:

- **Organizzativi della formazione, dalle logiche dell’accreditamento professionale e dalle tecniche dell’audit**
- **Tecnologiche: dalla applicazione pedissequa delle normative in materia della tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro.**

Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore attivo ed errore latente.

- L’errore attivo è per lo più ben identificabile, prossimo in senso spazio-temporale, al verificarsi dell’evento avverso; spesso esso è riconducibile ad un’azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente.
- Gli errori latenti sono invece, per lo più, insufficienze organizzative gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Responsabilità

La gestione del rischio clinico è svolta dal Risk Manager, in diretta comunicazione con il DT.

5.2 FATTORI DI RISCHIO

In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definire il “grado di rischiosità” del sistema, che possono essere schematizzati nelle seguenti classi:



a) Fattori strutturali-tecnologici

Caratteristiche del fabbricato e della impiantistica (progettazione e manutenzione) sicurezza e logistica degli ambienti apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, verifica elettrica, taratura) infrastrutture, reti, digitalizzazione...

b) Fattori organizzativo gestionali e condizioni di lavoro

Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro)

Politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro, turnazione sistema di comunicazione organizzativa

coinvolgimento degli stakeholder


aspetti ergonomici (postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce)

politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori.

La struttura organizzativa, la gestione del personale, la definizione delle competenze e delle responsabilità, l'attenzione della direzione alla promozione della sicurezza del paziente, la realizzazione sistematica di programmi di formazione e l'aggiornamento professionale sono fattori che concorrono a produrre una "cultura aziendale" connotata da senso di appartenenza e orientata al miglioramento continuo, che può modificare i comportamenti individuali e collettivi verso livelli di maggiore responsabilizzazione e condizionare in modo significativo il grado di rischiosità aziendale.

c) Fattori umani

Personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche) e competenza professionale dinamiche interpersonali e di gruppo.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	Data: 16/03/2019 Pag. 8 di 11
	Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24	

5.3 MODALITA' ESECUTIVE

La finalità dei metodi di analisi è da individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e implementare le barriere protettive che possano permettere di prevenire e ridurre l'accadimento di tali eventi.

Esistono due sistemi di approccio:

Approccio proattivo: l'analisi proattiva parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti e mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi, pertanto analizza un potenziale evento prima che lo stesso abbia prodotto un effetto.

Approccio reattivo: l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno causato contribuito al verificarsi dell'evento.

Gestire il rischio clinico, ovvero, gestire la sicurezza in una organizzazione, significa individuare, valutare e trattare i rischi connessi all'attività e utilizzare modalità per prevenirli o limitarne gli effetti.


La gestione del rischio clinico ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

Strumenti per l'identificazione dei rischi

Incident reporting: è una segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting) ed è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentale per una corretta gestione dei rischi, esso consente di segnalare, anche in forma anonima, l'errore e le circostanze entro cui si è verificato; successivamente viene effettuata un'accurata analisi della scheda, dalla quale è poi possibile ricavare dei dati che permettono di capirne le cause dell'errore e di mettere in atto tutte quelle azioni correttive o preventive che possono evitare il ripetersi dello stesso.

Briefing della sicurezza: è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. E' un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni di rischio. Consiste in una breve riunione (briefing) strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente

presenti nell'unità operativa. Esse possono essere effettuate all'inizio del turno con tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

 <i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	Data: 16/03/2019
	Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24	Pag. 9 di 11

Safety walkaround (giri per la sicurezza): consistono in visite che i referenti per la sicurezza, con mandato della Direzione, effettuano nell'unità operativa per identificare, con il personale, i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Le informazioni raccolte spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare a volte alla risoluzione immediata della problematica migliorando da subito l'assistenza a garanzia della sicurezza per il paziente.

Focus group: possono essere effettuati con singole figure professionali o con l'intera équipe, e con i pazienti. La discussione deve essere condotta da un moderatore preparato. Il gruppo è formato dal personale del Centro. Le domande poste devono essere aperte e consentire il confronto e l'interazione tra il gruppo. Durante la discussione possono emergere eventi o quasi eventi, insufficienze del sistema e altri elementi che possono concorrere a determinare la cultura della sicurezza

La Direzione garantisce almeno due volte l'anno, e quando lo ritenga necessario, una verifica dell'intero processo del centro, in cui il Risk Manager effettuerà un sopralluogo della struttura utilizzando almeno uno sei sopraindicati strumenti di ricerca del rischio clinico.

Gli esiti dell'indagine verranno discussi con tutti i dipendenti e, insieme alle eventuali azioni preventive, riportati in apposito verbale di riunione.

6. AUDIT

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit della Qualità e attraverso Audit Clinico; tale tipologia di verifica focalizza l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla gestione clinica e assistenziale del paziente sia sugli eventi avversi. La Procedura Interna definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

- pianificazione annuale degli Audit interni;
- organizzazione dei singoli Audit;
- esecuzione delle Verifiche; registrazione dei risultati;

- avvio delle azioni correttive necessarie e verifica della loro efficacia;
- conservazione della documentazione prodotta.

 <p><i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI</p>	<p>Data: 16/03/2019</p> <p>Pag. 10 di 11</p>
<p>Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24</p>		

L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Programma annuale approvato dalla Direzione, definito sulla base delle criticità emerse, e/o sulle aree risultate più critiche, e sull'intento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione.


Tale piano identifica:

- gli ambiti da sottoporre a valutazione e la loro estensione (processo, attività, etc.);
- gli obiettivi della valutazione (sistematica applicazione delle prescrizioni del Sistema Qualità, adeguatezza dei processi/attività rispetto agli scopi prefissati, adeguatezza prescrizioni Sistema Qualità rispetto a Direttive aziendali, verifica risoluzione Situazioni di Non Conformità rilevate durante Audit precedenti, etc.);
- i criteri di programmazione degli Audit;
- la periodicità degli Audit;
- il periodo in cui è programmata l'esecuzione dei singoli Audit;
- se necessario, la principale documentazione di riferimento per l'esecuzione degli Audit;
- i componenti del Gruppo di Verifica Ispettiva.

Il programma stabilito annualmente può essere integrato in corso d'anno a fronte dell'esito degli Audit eseguiti o sulla base di criticità emerse (es. Reclami, andamento preoccupante di specifici indicatori, ecc.).

Il personale assegnato all'attività di Audit è qualificato sulla base di precisi criteri e viene sempre garantita l'indipendenza di chi esegue la verifica rispetto alle aree sottoposta a verifica, comprese le attività di competenza del Responsabile Sistema Qualità.

Tutto questo finalizzato all'attivazione di azione correttive. La responsabilità di attivare idonee azioni correttive è del Responsabile dell'area sottoposta a verifica, mentre il Responsabile Sistema Qualità è chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

 <i>Centro Analisi Ambrosino s.n.c.</i> Dott.ssa Anna Rosa Scafuro	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	Data: 16/03/2019 Pag. 11 di 11
	Art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24	

7. REGISTRAZIONE EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

Nel 2018 non si sono verificati Eventi Avversi.

Importi dei risarcimenti erogati (liquidato annuo) con riferimento all'ultimo quinquennio.

Nessun risarcimento di alcun tipo è stato erogato nel quinquennio 2014 – 2018.

Anno	2014	2015	2016	2017	2018
Importo liquidato	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Nola, 16/03/2019

CENTRO ANALISI
Dott. A. Ambrosino S.n.c.
Responsabile Amministrativo
Dott.ssa Anna Rosa Scafuro

