



# RELAZIONE ANNUALE (ART.2 COMMA 5 LEGGE 8 MARZO 2017, n. 24) SUGLI ACCADIMENTI CONCERNENTI LA SICUREZZA DELLE CURE ED ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2022



## PREMESSA

Il tema della sicurezza delle cure e delle gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza.

Mai come in questo drammatico momento storico, è necessario focalizzare l'attenzione sulla cd. "sicurezza delle cure", considerata dalla Legge n.24/2017 ( legge Gelli- Bianco), parte costitutiva del diritto alla salute, e rispetto alla quale, ogni operatore sanitario è tenuto a concorrere, "mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio

connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative".

La sicurezza delle cure costituisce la base di una buona assistenza sanitaria che ingloba, non solo gli aspetti strettamente clinici della professione medica, legati al rapporto medico-paziente, ma anche quelli legati alla ricerca, alla sperimentazione, alla gestione organizzativa che hanno conseguenze sull'intera collettività.

La legge Gelli - Bianco, quindi, promuovendo "l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative", ha introdotto l'appropriatezza organizzativa nell'ambito delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico, esigenza ad oggi del tutto impellente e necessaria per le organizzazioni sanitarie che stanno fronteggiando l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Rispetto ad una situazione di emergenza, determinata dal manifestarsi dell'infezione del nuovo Coronavirus, dove, quindi il rischio si è già manifestato, è necessario, quindi che le Aziende sanitarie, oltre ad adattarsi ai cambiamenti e rinnovarsi attraverso metodi e strumenti reattivi e proattivi di Risk Management, idonei a prevenire e gestire l'infezione da Coronavirus ( Incident Reporting, Audit, RCA etc..)

In tale contesto l'attività dell'UO Risk Management aziendale ha sviluppato le linee di programmazione in armonia con gli effetti che l'evento pandemico ha prodotto in sanità quali:

□ Supporto alle Direzioni Regionali ed Aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche in virtù del fatto di svolgere attività inerenti l'Educazione alla Salute; collaborazione per l'elaborazione e diffusione di materiale informativo (cartaceo ed informatico) per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali.

□ Ove possibile, utilizzo di metodi e strumenti di Risk Management sanitario per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS - Cov 2;

□ Supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale attraverso piani di formazione ad hoc basati sulla simulazione e la formazione sul campo anche con la presenza di tutor, nonché la produzione di strumenti di comunicazione per gli operatori sanitari.

□ Garantire, anche attraverso la collaborazione tra le reti aziendali del rischio clinico e del rischio infettivo, azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a Infection Prevention and Control - IPC (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, sanificazione, disinfestazione e sterilizzazione ecc.).

□ Aumento della vigilanza, anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi sulle non conformità, su particolari percorsi esposti a maggior pericolo di errore in occasione di incremento della richiesta di prestazioni e servizi;

□ Supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza a operatori e pazienti, al fine di evidenziare le eventuali criticità del sistema.

## **PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA**

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è un'azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza/urgenza o in quanto portatori di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

L'ARNAS "Garibaldi" è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n. 5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31/08/2009. Essa è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ARNAS "Garibaldi, San Luigi - Santi Currò, Ascoli Tomaselli", succedendone in tutti i rapporti attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità della stessa.

## **ATTIVITA' ARNAS RISCHIO CLINICO**

- ✓ INCIDENT REPORTING = SEGNALAZIONE SPONTANEA
- ✓ MONITORAGGIO APPLICAZIONE CORRETTA DELLA CHECK LIST SALA OPERATORIA
- ✓ FORMAZIONE PERSONALE
- ✓ SAFETY WALKAROUND = GIRI PER LA SICUREZZA
- ✓ MANAGEMENT, CONTROLLO E PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA

## **INCIDENT REPORTING=SEGNALAZIONI SPONTANEE**

È uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano un danno al paziente, o situazioni di rischio.

L'attività di raccolta e analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati costituisce un bacino essenziale di dati e informazioni per la mappatura delle aree a maggior rischio.

Incident reporting rappresenta strumento per una risposta rapida alle situazioni di pericolo, perché normalmente la segnalazione avviene contemporaneamente all'evento, anche nell'ottica di contenimento dell'eventuale richiesta di risarcimento o contenzioso, anticipandone elementi utili per la gestione del sinistro e della sua definizione. Oltre a rappresentare un utile strumento per orientare e ottimizzare la gestione delle risorse.

INCIDENT REPORTING DEL 2021 EVENTI SEGNALATI: CADUTE PAZIENTI				
AREA EVENTO	SENZA DANNO	CON DANNO	CAUSE	AZIONI MIGLIORAMENTO
DEGENZA	9	10	Spostamenti arbitrari pazienti Scavalcamiento spondine Lipotimie	Analisi e valutazione corretta applicazione Procedura vigente, ed eventuale revisione della stessa.  Audit, aggiornamento e retraining procedurale del Personale
AREE COMUNI		0	##	
EMERGENZA		0	##	
TOTALE ♀ 6 e ♂ 13	9 (47 %)	10 (63 %)		

Ottimizzazione negli anni della sensibilizzazione dei professionisti alla segnalazione spontanea delle cadute:

2017 - 9  
2018 - 13  
2019 - 23  
2020 - 21

2021 - 19

2022 -36

INCIDENT REPORTING DEL 2022 EVENTI SEGNALATI: CADUTE PAZIENTI				
AREA EVENTO	SENZA DANNO	CON DANNO	CAUSE	AZIONI MIGLIORAMENTO
DEGENZA	17	17	Spostamenti arbitrari pazienti Scavalcamiento spondine Lipotimie	Analisi e valutazione corretta applicazione Procedura vigente, ed eventuale revisione della stessa.  Audit, aggiornamento e retraining procedurale del Personale
AREE COMUNI	1	1	##	
EMERGENZA	0	0	##	
TOTALE	18 (50%)	18 (50%)		
♀ 6 - 17% ♂ 30 - 83%	36			

Agli eventi avversi segnalati succedono gli Audit sul posto con i Professionisti coinvolti. I piani di azione hanno previsto azioni di miglioramento specifiche.

Inoltre, vengono redatte e periodicamente revisionate, relative procedure aziendali che recepiscono e contestualizzano le Raccomandazioni Ministeriali.

Ogni procedura viene elaborata da gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici, condivisa con le figure professionali coinvolte e diffusa attraverso la pubblicazione nell'intranet aziendale con Nota informativa e relata di notifica.

Viene garantita la corretta attuazione della procedura attraverso riunioni, audit e verifiche di reparto.

## **Osservazione diretta per l'utilizzo della checklist di sala operatoria "Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti"**

La Regione Sicilia, con il D.A. n. 2489/2013 "Programma Regionale per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria", ha ribadito la promozione dell'uso della SSCL nella pratica chirurgica, recependo e sviluppando i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale dal Ministero della Salute, migliorando la sicurezza delle procedure chirurgiche con la registrazione di eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza in essa previsti, al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti relative azioni di miglioramento.

Con la direttiva n 55547 del 7 luglio 2015, il competente Dipartimento Assessoriale, Servizio 5, "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" ha fornito a tutte le aziende sanitarie la metodologia da applicare per la corretta implementazione della checklist di sala operatoria e la scheda per la registrazione dei dati relativi agli interventi chirurgici.

Nei PAA 2015 Capitolo 13 "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" è stato inserito l'intervento operativo " Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in sala operatoria" che per il corrente anno prevede lo svolgimento di almeno 10 osservazioni dirette utilizzando la scheda per l'osservazione diretta allegata alla suddetta direttiva e l'inserimento dei dati registrati sull'apposita piattaforma accedendo al relativo Applicativo.



## Monitoraggio sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria secondo le indicazioni regionali:

(richieste dall'Assessorato n° . 20 osservazioni annuali)

le attività in parola, eseguite durante l'anno 2022, sono state N. 32 Osservazioni Dirette nelle SS.OO., randomizzate, delle seguenti discipline, afferenti ai Presidi Ospedalieri Centro e Nesima:

SALE OPERATORIE ARNAS	TOTALE OSSERVAZIONI
Chirurgia Generale	32
Chirurgia Pediatrica	
Chirurgia Oncologica	
Chirurgia Toracica	
Chirurgia Vascolare	
Ginecologia-Ostetricia	
Neurochirurgia	
Ortopedia	
Otorinolaringoiatria	
Urologia	

### INIZIATIVE DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE A VALENZA AZIENDALE

L'obiettivo delle iniziative formative è teso a migliorare costantemente la sicurezza del sistema nei confronti dei pazienti, attraverso lo sviluppo di una cultura della sicurezza, della riduzione delle possibilità che si verifichino o si ripetano eventi avversi e della promozione di iniziative appropriate per limitare gli eventuali danni. La nuova filosofia che sta alla base del sistema di gestione, recepito in parte anche dalle nuove normative, prevede i seguenti aspetti: *analizzare, identificare e comprendere gli errori all'interno del processo assistenziale, imparando a considerare errori anche e soprattutto sulla base delle evidenze scientifiche in quel momento disponibili.*

In quest'accezione, impara dall'errore e dal quasi errore o "near-miss" e dagli eventi sentinella considerare le criticità del sistema, come opportunità di miglioramento nell'ambito della sicurezza, perché quanto verificatosi non riaccada.

La prevenzione del rischio sanitario si attua mediante:

- ☞ interventi normativi (come quelli più recenti sopra descritti);
- ☞ efficacia del Risk Management nelle strutture sanitarie;

- ☞ responsabilizzazione di tutti gli attori del processo;
- ☞ formazione e aggiornamento professionale adeguato.

La formazione nel rischio clinico è una di quelle barriere, i cui punti di limitazione possono essere idealmente ridotti di dimensione e di numerosità, mediante la qualità, la frequenza degli eventi didattici, l'approfondimento e l'aggiornamento continuo.

## 2020-2021

Nella lotta alle infezioni correlate all'assistenza ampio spazio viene dedicato alle attività di informazione e formazione, coinvolgendo tutte le figure professionali.

Sono stati organizzati e realizzati i seguenti eventi:

- Formazione COVID-19, vestizione e svestizione e utilizzo DPI e utilizzo della barella di Biocontenimento", tenuta dal personale dell'U.O.C. PS/MCAU/BIOCONTENIMENTO, rivolte agli operatori sanitari dell'ARNAS (**tutte le UU.OO. e pubblicazione su Intranet**);
- La corretta gestione della documentazione sanitaria: responsabilità e rischi, anche riguardo al rischio infettivo, 3 edizioni 2021: I edizione 08 novembre 2021 - II edizione 15 novembre 2021 - III edizione 6 dicembre 2021; (**120 Professionisti**);
- Le buone pratiche evidence based per la prevenzione delle ICA, 5 edizioni. I edizione 26 maggio 2021 - II edizione 21 giugno 2021 - III edizione 14 luglio 2021 - IV 21 ottobre 2021 - V 25 novembre 2021; (**180 Professionisti**).
- Audit formativi Medicina Area Critica (P.O. Garibaldi Centro) nei giorni 28 e 30 giugno 2021 e 16 e 29 luglio 2021 su "Procedure di esecuzione e conservazione del prelievo per emocoltura in caso di sospetta sepsi" e "Rischi in ospedale: ICA e rischio infettivo";
- Gestione del Rischio in Sala Operatoria (**60 Professionisti**)

## 2022

- D.A. 703/2020: antimicrobial stewardship, approccio multidisciplinare e competenze per una corretta pratica clinica, 2 edizioni (**80 Professionisti**);
- Le buone pratiche evidence based per la prevenzione delle ICA, 4 edizioni (**140 Professionisti**).
- Audit formativi in House in UTIN, Geriatria, Cardiologia Centro e Pneumologia COVID inerenti le Procedure di Prevenzione ICA e Lavaggio Mani (**120 Professionisti**).

## **Safety Walkaround (SWR)**

Il Safety Walkaround (SWR) si realizza con l'effettuazione, da parte di un gruppo dirigenziale, di una visita, percorrendo insieme (giro) agli operatori i corridoi e le stanze delle unità operative. Durante tale giro il gruppo avvia una conversazione, con una o più interviste a soggetti (pazienti, operatori, volontari) singoli o in gruppo, finalizzata ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti. Durante tale giro tutti sono protagonisti, perché concorrono a identificare i rischi ma anche ad individuare misure da adottare per ridurli o eliminarli, e successivamente sono impegnati anche direttamente a portare avanti alcune di queste misure, mentre altre, da introdurre a livello di sistema, vengono intraprese ai livelli superiori.

Questo metodo consente di confrontarsi e reciprocamente formarsi, sia durante i giri che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni. La possibilità di 'esserci' ed esprimere le proprie opinioni sviluppa il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno nella stessa. Nel contempo consente il propagarsi della cultura delle responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli ed in tutte le fasi.

**DURANTE IL 2022 SONO STATE EFFETTUATE IN ARNAS 10 GIRI CON SPECIFICA CHECK LIST PER LA SICUREZZA CON CONTROLLO E VALUTAZIONE GESTIONE ARMADIETTI FARMACI:**

### **CENTRO:**

BLOCCO OPERATORIO URGENZA

OBI

MEDICINA URGENZA

ORTOPEDIA

RIANIMAZIONE

CARDIOLOGIA

UTIC

### **NESIMA**

ORTOPEDIA

CHIRURGIA GENERALE

UROLOGIA

**MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO AMBIENTALE, DEI CAMPIONI BIOLOGICI E DELLE PROCEDURE DI SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI**

Anche per l'anno 2022 è stato eseguito il controllo microbiologico ambientale nelle Sale Operatorie, secondo le Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel

Reparto Operatorio dell'ISPESL, con l'obiettivo di valutare il corretto funzionamento dell'impianto e delle procedure di disinfezione, con rilevamento dei valori nel range di normalità secondo le sopra citate linee guida, sia per il Presidio del P.O. Garibaldi Nesima e sia per il P.O. Garibaldi Centro.

Nell'ambito del programma aziendale per la sorveglianza ambientale e di controllo della Legionella, con delibera n. 483 del 24.02.2022 dell'Azienda Policlinico Universitario di Catania "Rodolico-San Marco" e recepita dall'ARNAS Garibaldi con Delibera n. 366 del 02.03.2022, è stata rinnovata in continuità e fino al 21.07.2022, la convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania "per consulenze epidemiologiche per la prevenzione e la determinazione della Legionella, gas anestetici, parametri ambientali, IBE e le attività di controllo previste dal Centro Nazionale Trapianti per le attività delle P.M.A. da espletarsi da parte dell'U.O.C. di Igiene Ospedaliera di questa azienda, diretta dalla Prof.ssa Margherita Ferrante".

### **Sono state elaborate e riviste le seguenti Procedure Aziendali:**

- ✓ Percorso paziente chirurgico Covid positivo e accesso al blocco operatorio centrale P.O Nesima- Revisione.
- ✓ 1710/DSA Covid-19- Aggiornamento indicazioni - Obbligo di consultazione e divulgazione delle circolari nazionali e regionali disponibili sulla piattaforma intranet aziendale sul controllo delle patologie infettive e diffuse respiratorie.
- ✓ Procedura Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE).
- ✓ Revisione della Procedura "Controllo microbiologico ambientale nelle sale operatorie.
- ✓ Revisione "Procedura gestione alert".)

*SI E' CONCLUSO IL TRIMESTRE DI SPERIMENTAZIONE DELLA SCHEDA DI CONCILIAZIONE TERAPEUTICA, RIFERITA ALLA RELATIVA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE, PRESSO L'U.O. PILOTA DI NEUROLOGIA LA QUALE VERRA' INTRODotta NELLA PROSSIMA CARTELLA INFORMATIZZATA DELL'ARNAS.*

