

RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE
E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

ANNO 2021

(art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. Premessa

La 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”, all’articolo 2, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Scopo della normativa è quello di non limitarsi alla rilevazione, seppur utile, degli “eventi avversi”, ma di andare oltre, analizzando gli stessi per individuarne le cause e predisporre le necessarie iniziative di miglioramento finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Pertanto, l’elemento centrale per le organizzazioni sanitarie risulta essere la prevenzione, il miglioramento e l’impegno per la sicurezza delle cure.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce quali sono gli accadimenti di interesse, e cioè tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, comprendendo quelli che hanno comportato un danno (eventi avversi), quelli senza conseguenze per la salute del paziente (eventi senza danno) e quelli che non si sono verificati, in quanto intercettati/impediti prima del loro verificarsi (quasi eventi/near miss).

Lo spirito della normativa è quello di promuovere la sicurezza delle organizzazioni e, al contempo, garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione), chiedendo alle Aziende di descrivere l’impegno speso per la sicurezza e il miglioramento.

Le organizzazioni sanitarie dispongono di diversi strumenti e fonti informative per l’identificazione, l’analisi e il monitoraggio degli eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Nel contesto italiano, è stato individuato, nell’ambito di flussi già esistenti, un set minimo di fonti sulla sicurezza delle cure riconducibile a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (incident reporting, farmacovigilanza, dispositivo vigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

La presente relazione contiene le “iniziative messe in atto” a seguito dell’analisi degli eventi avversi e dei quasi eventi/near miss, che rappresentano (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza dell’Azienda, poiché la conoscenza di questi fenomeni è elemento fondamentale e irrinunciabile per progettare e mettere in atto azioni per la prevenzione ed il miglioramento.

2. Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS), ente strumentale della Provincia Autonoma di Trento, è preposta alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale. Nello specifico, APSS assicura le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero (ordinario, Day Hospital e Day Surgery) e in regime ambulatoriale comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'Azienda, quale organizzazione appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, nella definizione della programmazione strategica e nella gestione delle proprie attività, si ispira ai seguenti principi:

- equità e imparzialità, in modo che siano assicurate a tutti i cittadini uguali opportunità d'accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti che l'Azienda mette loro a disposizione, in relazione ai bisogni sanitari e socio-sanitari di cui sono portatori;
- affidabilità, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita;
- umanizzazione, intesa come attenzione globale alla persona e rispetto al suo specifico contesto familiare e relazionale, in quanto l'obiettivo di tutela della salute viene perseguito attraverso il rispetto della dignità dell'individuo e la sua valorizzazione;
- centralità del paziente, come punto di riferimento per articolare le modalità clinico-organizzative dell'assistenza, favorendone la presa in carico e progettando – con il suo coinvolgimento – percorsi assistenziali personalizzati;
- coinvolgimento della comunità, attraverso forme di partecipazione alle scelte aziendali in materia di salute, qualificando così ulteriormente l'offerta dei servizi sanitari;
- uso responsabile delle risorse messe a disposizione dalla Provincia Autonoma di Trento.

2.1 La popolazione assistibile

APSS opera su un territorio coincidente con la Provincia Autonoma di Trento e fa riferimento ad una popolazione assistibile complessiva di 546.106 persone. La popolazione è distribuita su un territorio montano (oltre il 70% del territorio è situato ad un'altitudine superiore ai 1.000 metri e la popolazione residente ad una altitudine superiore ai 750 metri è pari a quasi 90.000 persone) e caratterizzato da una suddivisione amministrativa elevata (166 comuni, raggruppati in 16 Comunità di valle). Tali aspetti influenzano anche il settore sanitario, generando bisogni ed esigenze diversificate.

La distribuzione della popolazione assistibile per fasce di età è la seguente:

Fasce d'età	Maschi	Femmine	Totale
Assistibili 0 - 13 anni	35.851	33.891	69.742
Assistibili 14- 64 anni	177.716	175.063	352.779
Assistibili 65- 74 anni	30.111	31.573	61.684
Assistibili oltre 75 anni	24.843	37.058	61.901
Totale assistibili	268.521	277.585	546.106

Fonte: Modello FLS11, Anno 2021

La forte componente di attività turistiche, che caratterizza l'intero territorio provinciale, fa sì inoltre che alla popolazione assistibile si debbano aggiungere i turisti (circa 22 milioni di presenze annue).

2.2 I numeri dell'Azienda

APSS garantisce la propria attività attraverso:

- la collaborazione di circa 8.500 dipendenti che operano in una rete di strutture ospedaliere e sul territorio provinciale;
- i rapporti contrattuali e convenzionali con strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con medici convenzionati e con 57 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Complessivamente i posti letto di degenza nelle strutture dell'APSS nel 2021 sono stati 1.445, ai quali vanno aggiunti 826 posti di degenza in strutture private accreditate.

Nel corso del 2017, APSS è stata coinvolta in un importante processo di riorganizzazione e di modifica dell'assetto organizzativo aziendale in via sperimentale. A fine dicembre 2020, la legge provinciale n. 15/2020 ha previsto che le modifiche introdotte con la sperimentazione 2017 cessassero di avere effetto nelle date individuate dalla Giunta provinciale nell'ambito di apposite direttive e comunque entro il 31 agosto 2021. In agosto 2021, con deliberazione n. 1432/2021 la Giunta provinciale ha definito le linee di indirizzo secondo cui articolare il nuovo modello organizzativo aziendale, ovvero:

- potenziare il dipartimento di prevenzione;
- ripristinare e potenziare i distretti sanitari;
- impostare una rete ospedaliera basata sul modello di "ospedale policentrico";
- garantire il governo e il coordinamento dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale attraverso dipartimenti (territoriali, ospedalieri e transmurali), reti cliniche e incarichi di percorso;
- garantire – dal punto di vista amministrativo – una più efficace ed efficiente catena di comando, un sostegno efficace alle strutture ospedaliere e territoriali nonché il decentramento di alcune funzioni attraverso l'individuazione di un/una dirigente amministrativo/a per distretto.

Anche nel corso del 2021, l'epidemia Covid-19 ha profondamente segnato l'attività di APSS e mutato in maniera significativa il contesto complessivo. Tuttavia, nel corso del 2021 l'impatto dell'epidemia Covid-19 è risultato meno significativo rispetto al 2020, permettendo una ripresa delle attività in alcuni ambiti. Infatti, seppure complessivamente l'impatto della epidemia Covid-19 ha confermato, come già accaduto nel 2020, la contrazione di alcune attività aziendali, si sono comunque registrati incoraggianti segnali di miglioramento relativamente alla significativa diminuzione dei ricoveri Covid-19 e alla progressiva ripresa delle attività operatorie e ambulatoriali.

Nella tabella sottostante si riportano alcuni dei principali numeri che hanno caratterizzato l'attività aziendale nel corso del 2021.

DEGENZA PER ACUTI	NUMERO
Giornate di degenza - Ricovero Ordinario	304.252
Giornate di degenza – Day Hospital	46.375
Dimessi – Ricovero Ordinario	43.435
Dimessi – Day Hospital	13.956
DEGENZA RIABILITATIVA	NUMERO
Giornate di degenza - Ricovero Ordinario	18.460

Giornate di degenza – Day Hospital	751
Dimessi – Ricovero Ordinario	530
Dimessi – Day Hospital	121
PRONTO SOCCORSO (P.S.)	NUMERO
Accessi al P.S.	180.341
Ricoveri da P.S.	22.186
N. ricoveri da P.S. / N. accessi al P.S.	12,30%
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	NUMERO
Prestazioni per esterni (*)	9.862.659

Legenda: () le prestazioni per esterni sono comprensive degli esami di laboratorio*

3. La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti

APSS da anni si muove nella logica della governance integrata, fondata sui principi della promozione della salute e del miglioramento continuo della qualità, rispetto ai quali l'obiettivo della sicurezza dei pazienti è ritenuto strategico e prioritario per tutte le strutture e i processi aziendali.

Al fine di sostenere e diffondere all'interno della propria organizzazione cultura e sensibilità rispetto alle tematiche della sicurezza dei pazienti nell'ambito delle attività sanitarie, APSS ha adottato un sistema aziendale di gestione del rischio clinico atto a ridurre tutti i fattori di rischio presenti (clinici, strutturali e organizzativi) e, al contempo, capace di imparare dall'evento indesiderato, attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio, anche attraverso il necessario coinvolgimento di tutte le competenze professionali presenti nell'organizzazione aziendale.

La politica aziendale di Risk Management, infatti, se vuole ottenere cambiamenti sostanziali nella pratica clinica, deve prevedere una strategia di gestione integrata del rischio ed una crescita culturale degli operatori.

Il modello aziendale per la sicurezza delle cure, basato su un approccio integrato alla gestione del rischio e su una crescita culturale degli operatori, prevede la seguente articolazione:

- *Funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico*: tale funzione, incardinata nel Servizio Governance Clinica del Dipartimento di Governance, è assolta dalla S.S. Prevenzione e gestione del rischio clinico del Servizio Governance Clinica con il supporto della P.O. Sicurezza del paziente e Rischio Clinico del Servizio Governance dei processi di assistenza e di riabilitazione del Dipartimento di Governance. La funzione ha il compito di promuovere e coordinare a livello centrale le attività sul tema della sicurezza delle cure, di predisporre e programmare il piano pluriennale per la prevenzione e gestione del rischio clinico, di dare attuazione alle indicazioni del Ministero della Salute in materia di rischio clinico, di mappare le aree di rischio, di sviluppare specifici progetti di prevenzione, controllo e gestione del rischio clinico, di monitorare i risultati delle azioni intraprese.
- *Rete aziendale dei referenti per la sicurezza dei pazienti*: si tratta di una rete "operativa" costituita da professionisti che lavorano nelle diverse Strutture della APSS (ospedaliere e territoriali). Nello specifico, hanno un ruolo di promozione e coordinamento delle iniziative locali coerenti con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza, di supporto all'adozione di quanto previsto dalle raccomandazioni ministeriali e dalle procedure aziendali e, più in generale, di tutte le azioni decise dalla strategia aziendale in tema di sicurezza del paziente.

Il modello di gestione del rischio clinico di APSS prevede anche un'armonizzazione delle attività che riguardano la sicurezza dei pazienti con le iniziative riconducibili alle attività di altri gruppi di lavoro e Servizi, per gli ambiti di "sovrapposizione", quali:

- Comitato Valutazione Sinistri;
- Comitato per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali;
- Comitato per la prevenzione e gestione delle ulcere da pressione;
- Servizio di Prevenzione Protezione.

Le fonti informative/strumenti di misurazione sulla sicurezza delle cure descritte nella presente relazione riguardano:

- Incident reporting;
- Schede segnalazione cadute;
- Dispositivo Vigilanza;
- Emovigilanza;
- Farmacovigilanza.

Per ognuna delle citate fonti, è presente una scheda descrittiva che ne dettaglia la letteratura/normativa di riferimento, la descrizione dello strumento/flusso informativo e gli interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate.

Per quanto riguarda il flusso informativo relativo agli eventi sentinella, il Decreto 11 dicembre 2009 *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità"*, all'articolo 7 sulla diffusione dei dati, afferma che le informazioni desunte da tale flusso vengano diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizze assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza dei pazienti.

4. Le schede descrittive degli strumenti/fonti informative

Rispetto alle attività di maggior rilievo poste in essere nel corso del 2021 relative ai diversi strumenti/fonti informative sotto riportati, si deve precisare che le stesse sono state ancora fortemente condizionate dalla pandemia Covid-19, che ha mutato in maniera significativa il contesto complessivo.

4.1 Incident Reporting

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Incident Reporting
Letteratura/ normativa di riferimento	- Legge 8 marzo 2017, n. 24 <i>“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”</i>; - Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1 comma 539; - Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 <i>“Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”</i>; - Intesa, ai sensi dell’articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante <i>“Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”</i>, in attuazione dell’articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012 (rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, seduta del 20 dicembre 2012.
Descrizione dello strumento / flusso informativo	L’incident reporting (IR) è un sistema di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi (o near miss), che fornisce una base di analisi utile per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento, al fine di prevenire il loro riaccadimento nel futuro. <u>Definizioni:</u> - <i>Quasi evento (Near Miss)</i>: è un incidente (evento avverso) evitato, poiché l’errore c’è stato, ma non ha “raggiunto” il paziente; - <i>Evento (incident) o Evento avverso (Adverse Event)</i>: evento inatteso correlato al processo di cura e che può comportare un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad un errore è “un evento avverso prevenibile” ed è su quest’ultima tipologia che è necessario mettere in atto azioni correttive. Poiché l’obiettivo principale dell’IR è quello di imparare dagli errori e ridurre le probabilità che essi si ripetano, è fondamentale la raccolta e la periodica lettura ed interpretazione degli eventi e dei quasi eventi, onde ottenere una “massa critica” di informazioni utile ai fini della conoscenza delle aree a maggiore rischio.

	C'è comunque da fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. Un limite dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, secondo la "sensibilità" del segnalatore. Del resto l'IR non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi stessi. I dati raccolti sono, quindi, da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito dall'Azienda e, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti, entra in gioco l'attenzione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. Si fa presente che i sistemi sanitari e, di conseguenza, le Aziende che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un peggioramento della qualità delle cure, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema. In definitiva, l'IR è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni migliorative (ad esempio, iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, ecc.), dall'altro come una spia di allarme che consente all'organizzazione di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi. In APSS il sistema di incident reporting rappresenta uno dei principali strumenti utilizzati per la rilevazione degli eventi avversi. Pertanto, è stato sviluppato un sistema unico informatizzato di raccolta delle segnalazioni che, per tenere conto delle specificità dei diversi contesti aziendali, si articola nelle seguenti schede: - <i>Incident reporting ospedaliero;</i> - <i>Incident reporting territoriale;</i> - <i>Incident reporting Trentino Emergenza 118.</i>
Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Si riportano di seguito le principali attività realizzate nel corso del 2021 dalla funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico: - è stata revisionata la "Procedura aziendale per l'utilizzo dell'incident reporting", con la definizione di un format per l'analisi degli incident reporting significativi, al fine di fornire agli operatori uno strumento per l'individuazione delle necessarie azioni correttive per evitare il ripetersi dell'evento stesso; - è stata redatta e implementata la "Procedura aziendale per la gestione dei farmaci", finalizzata a garantire la sicurezza delle diverse fasi che compongono il processo di gestione dei farmaci (prescrizione, somministrazione, fornitura dei farmaci, ecc.) e, conseguentemente, di ridurre gli errori, a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori. Valore aggiunto di tale documento è l'aver coniugato le indicazioni

	provenienti dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute con i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada), nonché dalle evidenze di letteratura; - è proseguito il piano pluriennale (date le dimensioni di APSS) di implementazione del software per la gestione informatizzata della terapia farmacologia negli Ospedali, che è ormai presente nella maggior parte delle Unità Operative. Il software per la gestione delle terapie farmacologiche rappresenta un importante strumento per migliorare la sicurezza delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci; - è stata redatta e diffusa la "Procedura aziendale per la sicurezza in ambito chirurgico / interventistico", con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza del paziente che accede ad un percorso chirurgico/interventistico nelle fasi pre, intra e post-operatoria ed omogeneizzare i comportamenti nelle Unità Operative interessate. Nella stesura del documento sono stati tenuti come riferimenti le Raccomandazioni del Ministero della Salute e i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada); - è stata redatta e diffusa la "Procedura aziendale per corretta identificazione del paziente", finalizzata a fornire agli operatori gli elementi essenziali per la corretta identificazione del paziente in tutti i percorsi assistenziali, in quanto rappresenta il primo irrinunciabile atto alla prestazione sanitaria. Come per altre procedure, anche per questa si è tenuto conto delle indicazioni provenienti dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute e i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada), nonché di specifici riferimenti normativi (identificazione madre-figlio alla nascita); - è stata stesa e implementata la "Procedura aziendale per l'efficacia delle comunicazioni: verbali e telefoniche; risultati critici; passaggio d'informazioni (handover)", con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari indicazioni per una comunicazione il più possibile tempestiva, precisa, completa, priva di ambiguità e recepita correttamente dal destinatario, al fine di ridurre gli errori legati alla comunicazione e migliorare la sicurezza del paziente; - è stata realizzata la raccolta annuale dei dati di prevalenza delle Lesioni da Pressione (LdP) in tutte le Unità Operative con degenza degli Ospedali di APSS mediante un apposito applicativo informatico. Grazie ad una attenta e precisa organizzazione della giornata e alla possibilità di inserire i dati direttamente in formato elettronico, l'indagine di prevalenza è stata effettuata in tutte le strutture ospedaliere nell'arco di una sola giornata (cosiddetta "giornata indice"). I dati di prevalenza delle LdP negli Ospedali di APSS sono stati analizzati ed è stato predisposto un apposito Report diffuso a tutte le Unità Operative. - è stata garantita una costante attività di consulenza / supporto dei referenti per la sicurezza dei pazienti e la partecipazione ad audit rispetto alle segnalazioni di incident reporting significative.
--	---

	- è stato organizzato il webinar “Imparare dagli errori per migliorare la sicurezza dei pazienti: il risk management nel contesto della Salute Mentale dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari”, avente come obiettivo affinare la consapevolezza sul rischio clinico come fattore intrinseco delle prestazioni sanitarie, stimolando la riflessione e la discussione degli operatori dell’Area della Salute Mentale sui possibili errori o situazioni a rischio nel loro contesto lavorativo. - è stata realizzato, in occasione della 3° “Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita” del 17 settembre u.s., il cui tema scelto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità è stato “Assistenza materna neonatale sicura: agisci adesso per un parto sicuro e rispettoso”, un video, diffuso tramite diversi canali, per richiamare l’attenzione dei cittadini e dell’opinione pubblica sull’importanza di garantire cure materne e neonatali tempestive e appropriate nell’ambito materno infantile.
--	---

4.2 Cadute

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Cadute
Letteratura/ normativa di riferimento	- Raccomandazione del Ministero della Salute n. 13 per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie; - Preventing Falls in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication n. 13-0015-EF, January 2013; - Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review). Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. The Cochrane Library 2012, Issue 12; - Falls in older people. Quality standard. NICE 2015; - Falls in older people: assessing risk and prevention. Clinical guideline. NICE 2013; - An evaluation of the preventing falls and harm from falls in older people best practice guidelines for Australian hospitals. The Centre of Research Excellence in Patient Safety 2012; - Systematic review of fall risk screening tools for older patients in acute hospitals. Matarese M, Ivziku D, Bartolozzi F, Piredda M, De Marinis MG. Journal of Advanced Nursing 2014, 71(6), 1198–1209. doi: 10.1111/jan.12542; - La prevenzione delle cadute in Ospedale. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente 4; Gestione Rischio Clinico – Regione Toscana 2011.
Descrizione dello strumento / flusso informativo	È in uso in Azienda una apposita scheda di segnalazione delle cadute. I dati contenuti nelle schede vengono inseriti in un apposito database, per poter analizzare il fenomeno e diffondere i risultati alle articolazioni aziendali. Tale scheda di segnalazione è uno degli allegati della “Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute”. <u>Definizione:</u> - <i>Caduta</i>: con questo termine s’intende un “improvviso, non intenzionale e inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica (in piedi) o assisa o clinostatica (sdraiata). Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto”.
Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Si riportano di seguito le principali attività realizzate nel corso del 2021 dalla funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico: - è stata effettuata attività di sensibilizzazione verso gli operatori, al fine di mantenere viva l’attenzione sul tema della prevenzione delle cadute dei pazienti e sulla rilevanza di promuovere, ove possibile, la consapevolezza del paziente e dei suoi familiari sul rischio caduta e sull’importanza delle misure preventive adottate; - sono stati realizzati audit di analisi delle cadute ritenute significative per le conseguenze sul paziente, al fine di capire se sono state seguite le indicazioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute (valutazione e rivalutazione del rischio caduta del paziente, pianificazione e messa in

	atto delle conseguenti misure preventive, ...) e, in caso contrario, individuare le necessarie azioni di miglioramento; - è stato alimentato il database Excel delle cadute verificatesi in APSS nel corso del 2020. Si è quindi proceduto all'analisi dei dati e alla predisposizione dell'apposito report aziendale destinato a tutte le Unità Operative, in modo che possano avere a disposizione le informazioni utili per eventuali approfondimenti e l'individuazione di azioni di miglioramento mirate.
--	--

4.3 Dispositivo Vigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Dispositivo Vigilanza
Letteratura/ normativa di riferimento	- Regolamenti Europei n. 745 e n. 746 del 2017 relativi ai dispositivi medici e agli IVD; - Decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 37 <i>“Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi”</i>; - Decreto Ministeriale 15 novembre 2005 <i>“Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”</i>; - Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 <i>“Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”</i>; - Decreto legislativo 08/09/2000, n. 332 <i>“Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro”</i>; - Decreto legislativo 24/02/1997, n. 46 <i>“Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici”</i>; - Decreto legislativo 14/12/1992, n. 507 <i>“Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi”</i>; - European Commission DG Health and Consumers (SANCO) <i>“Guidelines on a Medical Devices Vigilance System”</i>. MEDDEV 2.12-1 rev 8, January 2013.
Descrizione dello strumento / flusso informativo	Il sistema di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici ha come scopo quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, riducendo la possibilità che un incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Gli operatori sanitari pubblici o privati che, nell'esercizio della loro attività, rilevano un incidente che coinvolge un dispositivo medico, sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa. I problemi correlati ai Dispositivi Medici (DM) possono essere difetti/malfunzionamenti di lieve entità oppure incidenti che hanno compromesso o hanno rischiato di compromettere gravemente la sicurezza dei pazienti o degli operatori. Nei casi di lieve entità le non conformità sono segnalate direttamente alla Ditta produttrice/fornitrice. Nel caso, invece, di eventi di elevata gravità i Rapporti di Incidente sono notificati al Ministero della Salute. In tutti i casi in cui è messa (o potrebbe essere messa) in grave pericolo la sicurezza del paziente o dell'operatore, le Ditte produttrici e/o i loro Mandatari, hanno l'obbligo di

	diffondere Avvisi di Sicurezza (FSN) e/o Azioni Correttive di Campo (FSCA). In APSS, come previsto dalla normativa, la comunicazione dell'evento occorso è effettuata dagli operatori ai referenti per la vigilanza sui dispositivi medici individuati presso le due Farmacie Ospedaliere di Trento e di Rovereto e presso il Servizio di Ingegneria Clinica. Tali referenti supportano gli operatori nella segnalazione e trasmettono il modulo compilato al Ministero della Salute, al Referente Provinciale per la Dispositivo Vigilanza, alla Ditta, alla Direzione Sanitaria e al Servizio Ingegneria Clinica (se coinvolto). Gli obiettivi della dispositivo vigilanza sono: - aumentare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi e/o in tempi successivi; - permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive. Una volta fatta la segnalazione, l'Azienda Sanitaria è tenuta, se disponibile, a conservare il dispositivo, affinché possa essere messo a disposizione per indagini successive. Superata la tempistica prevista da normativa, il DM può essere consegnato al fabbricante per le verifiche del caso. Gli operatori sanitari, invece, devono collaborare con il fabbricante, fornendo le notizie necessarie per la valutazione dell'evento. La Ditta interessata ha l'obbligo, nel più breve tempo possibile, di effettuare le verifiche e informare il Ministero della Salute e il segnalatore sul tipo di indagini effettuate e sull'esito delle stesse.
Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2021 i Referenti Aziendali per la dispositivo vigilanza hanno assicurato: - la gestione degli avvisi di sicurezza provenienti dai fabbricanti che nella maggior parte dei casi hanno previsto il ritiro del dispositivo medico oggetto del richiamo. In particolare nel corso del 2021 si sono verificati due avvisi di sicurezza diffusi dal Ministero della Salute ad importante impatto su scala nazionale ed anche extra-nazionale, che hanno avuto un rilevante impatto sull'organizzazione e la gestione dei DM; - la gestione delle segnalazioni di incidente, confrontandosi anche con i fornitori e gli utilizzatori. Ogni segnalazione è stata inviata al Ministero della Salute, ai fornitori, alla Direzione Medica di Presidio e al Referente Provinciale della Dispositivo Vigilanza, come da normativa e da procedura aziendale. In alcuni casi sono stati ritirati tutti i DM segnalati e si è reso necessario inserire nuovi DM in Repertorio aziendale. - la gestione delle segnalazioni di non conformità effettuate dagli operatori con invio al fabbricante/fornitore. Le segnalazioni di non conformità hanno riguardato, in modo particolare, ditte produttrici/fornitrici di guanti, aghi, siringhe e sistemi per la somministrazione di antiblastici. In alcuni casi sono stati necessari degli incontri con i clinici utilizzatori volti ad accertare il corretto utilizzo del dispositivo medico prima di precedere con la segnalazione;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- il continuo monitoraggio della qualità dei dispositivi medici in arrivo in APSS, attraverso la verifica della conformità del prodotto alle specifiche tecniche, con eventuale reclamo delle difformità riscontrate alla ditta distributrice. In alcuni casi, oltre al reclamo è stata richiesta la sostituzione del DM o la produzione di un DM con diverse caratteristiche tecniche. Per tale attività di controllo e analisi della qualità dei dispositivi medici è in essere una apposita collaborazione con il Dipartimento funzionale Laboratori e servizi di APSS e con il Dipartimento Ingegneria Industriale dell'Università degli Studi di Trento;- una regolare opera di stimolo nei confronti degli operatori sanitari sull'importanza della segnalazione degli inconvenienti che coinvolgono i dispositivi medici. |
|--|---|

4.4 Emovigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Emovigilanza
Letteratura/normativa di riferimento	- Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 <i>“Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”</i>; - Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 207 <i>“Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi”</i>; - Raccomandazione n. 5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO – Ministero della Salute, aggiornamento 2019; - Protocollo Centro Nazionale Sangue. n. 1598 CNS luglio 2013: Decalogo per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità di gruppo sanguigno (ABO).
Descrizione dello strumento / flusso informativo	L'emovigilanza è l'insieme delle procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni indesiderate gravi o inaspettate dei donatori e dei riceventi e degli incidenti gravi inerenti il processo trasfusionale, nonché alla sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione e alla sorveglianza dei materiali ed apparecchiature utilizzati nel processo trasfusionale. L'emovigilanza è un sistema, coordinato dal Centro Nazionale Sangue ed alimentato dal Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni relativi alle reazioni gravi e agli eventi avversi gravi correlati al processo trasfusionale, permettendone l'elaborazione. <u>Definizioni:</u> - <i>Incidente grave</i>: qualunque evento negativo collegato alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione, alla distribuzione e alla assegnazione di sangue e di emocomponenti, che può provocare la morte o determinare condizioni suscettibili di mettere in pericolo la vita o di produrre invalidità o incapacità del donatore o del paziente o che ne determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbidità; - <i>Near miss (quasi evento)</i>: situazione di pericolo che non si è tradotta in un evento avverso per l'intervento di una causa di protezione: ogni accadimento che avrebbe potuto, ma non ha, per caso o abilità di gestione, originato un evento (SIMTI, Standard di Medicina trasfusionale); - <i>Reazione indesiderata grave</i>: la risposta inattesa del donatore o del paziente, connessa con la raccolta o la trasfusione di sangue e di emocomponenti, che provoca la morte o mette in pericolo la vita o produce invalidità o incapacità del donatore o del paziente ovvero determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbidità; - <i>Reazione trasfusionale</i>: evento indesiderato secondario alla trasfusione di

	emocomponenti. La corretta e tempestiva segnalazione delle reazioni trasfusionali consente di adottare delle misure preventive nell'ambito della terapia trasfusionale del paziente. Qualora si verifichi una reazione indesiderata o un errore durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale (dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti) l'Unità Operativa deve notificare l'evento al Servizio Trasfusionale utilizzando un apposito modulo, in cui vanno riportate tutte le informazioni utili alla successiva segnalazione al Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA).
Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2021, i near miss segnalati sono stati errori di identificazione paziente nei campioni ematici prelevati per le indagini pre-trasfusionali, che però sono stati tutti intercettati prima del determinarsi di un potenziale evento avverso. Per ogni near miss, si sono realizzati audit reattivi con il personale coinvolto per analizzare le cause dell'errore. Si evidenzia che i near miss per errori identificativi su campioni pre-trasfusionali sono stati riconducibili ad errori individuali per mancata applicazione della procedura aziendale e sono, comunque, ampiamente nei limiti attesi sulla base dei dati di incidenza presenti in letteratura. Quale azione di miglioramento per la sicurezza trasfusionale, per ogni near miss segnalato sono stati realizzati: - audit reattivi con il personale coinvolto al fine di analizzare le cause dell'errore e individuare le eventuali misure correttive necessarie; - momenti di formazione e condivisione dei principali contenuti della "Procedura aziendale per la richiesta e la trasfusione di emocomponenti" con il personale delle Unità Operative coinvolte, al fine di mantenere le competenze del personale sulle modalità di corretta identificazione del paziente con particolare riferimento al momento del prelievo dei campioni pre-trasfusionali. Anche nel 2021, la Procedura aziendale è stata oggetto di revisione, integrandola con alcune indicazioni sul ritiro degli emocomponenti dalle frigoemoteche, sull'attività di monitoraggio del paziente durante la trasfusione e per il modulo di consenso informato pediatrico. È a disposizione degli operatori un corso FAD sulla sicurezza trasfusionale.

4.5 Farmacovigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Farmacovigilanza
Letteratura/ normativa di riferimento	- Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 <i>“Procedure operative e soluzioni tecniche per un’efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell’articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013)”</i>; - Legge 24 dicembre 2012, n. 228 <i>“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)”</i>; - Decreto 31 maggio 2019 <i>“Abrogazione del decreto 12 dicembre 2003, recante “Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini”</i>; - Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 <i>“Attuazione dell’articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza”</i>; - AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco <i>“Procedura Operativa per i Centri Regionali di Farmacovigilanza/organismi/strutture regionali stabilmente definiti”</i>, Giugno 2018; - AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco <i>“Procedura Operativa AIFA per i responsabili locali di farmacovigilanza: gestione delle segnalazioni nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza”</i>, Giugno 2018; - Provincia Autonoma di Trento. Delibera di Giunta Provinciale n. 1340 del 27 luglio 2018. <i>Istituzione del Centro provinciale di Farmacovigilanza, farmacoepidemiologia e informazione sul farmaco presso l’Azienda provinciale per i servizi sanitari</i>; - Deliberazione del Direttore Generale dell’APSS n. 495/2018 del 15 ottobre 2018. <i>Attivazione del “Centro provinciale di Farmacovigilanza, farmacoepidemiologia ed informazione sul farmaco” presso il Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica.</i>
Descrizione dello strumento / flusso informativo	Allo scopo di monitorare la sicurezza dei farmaci dopo la loro immissione in commercio, è stato costituito il Sistema Nazionale di Farmacovigilanza (che fa capo al Sistema di Farmacovigilanza Europeo). La Farmacovigilanza è l’insieme delle attività finalizzate all’identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all’uso dei medicinali, al fine di stimare più favorevolmente il rapporto beneficio/rischio per la popolazione. La segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse ai farmaci da parte degli operatori sanitari, ma anche da parte del cittadino, è lo strumento più semplice ed efficace per realizzare questo obiettivo. <u>Definizioni:</u> - <i>Reazione avversa da farmaci (ADR)</i>: effetto nocivo e non voluto. Tale definizione include: ○ l’uso conforme alle indicazioni contenute nell’autorizzazione all’immissione in

	commercio del medicinale; ○ l'uso non conforme alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio (off-label); ○ sovradosaggio, uso improprio o abuso del medicinale; ○ errori terapeutici; ○ associazione all'esposizione per motivi professionali. Per "effetto" in questo contesto si intende che ci sia almeno una ragionevole possibilità di correlazione causale tra medicinale e evento avverso. Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono: - prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione, ma anche a errori terapeutici, esposizione professionale, usi non conformi (incluso l'uso improprio e l'abuso); - promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale. I medici e gli operatori sanitari sono tenuti a segnalare tutte le sospette reazioni avverse da farmaci, gravi e non gravi, note e non note, di cui vengono a conoscenza nell'ambito della propria attività al responsabile aziendale della farmacovigilanza. La segnalazione deve essere inviata entro 2 giorni. Per i farmaci biologici, come ad esempio medicinali biologici e vaccini, entro 36 ore. Anche i cittadini/pazienti possono contribuire ad alimentare il sistema di Farmacovigilanza, segnalando le sospette reazioni avverse da farmaci. Le modalità di segnalazione sono le seguenti: - compilazione dell'apposita scheda AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) differenziata per operatori sanitari e cittadini/pazienti da inviare al referente aziendale della farmacovigilanza; - compilazione delle schede web di Vigifarmaco (differenziate per operatori sanitari e cittadini/pazienti), accedendo al sito www.vigifarmaco.it, che in automatico vengono inoltrate al Responsabile Locale di Farmacovigilanza (RLFV), presso il Servizio Politiche del farmaco e assistenza farmaceutica. Il RLFV, previa verifica della completezza e della congruità dei dati, provvede all'inserimento e alla validazione della segnalazione nella banca dati della rete nazionale di farmacovigilanza, ad effettuare le analisi e gli approfondimenti del caso e a dare una restituzione dell'avvenuta ricezione della segnalazione a tutti i segnalatori. Il Centro Provinciale, in collaborazione con il RLFV, garantisce inoltre la qualità delle segnalazioni ed effettua, per tutte le segnalazioni gravi, la valutazione del causality assessment.
Interventi / azioni correttive e di miglioramento	Di seguito si riportano le principali attività realizzate nel corso del 2021 dal Centro provinciale Farmacovigilanza (CPFV): - predisposizione e diffusione della "Procedura aziendale per la segnalazione delle

effettuate nel periodo di riferimento	reazioni avverse da farmaci”, in cui viene spiegato quali sono gli eventi avversi che devono essere segnalati, nonché le modalità operative con le quali si osservano, si documentano e si monitorano tutte le reazioni avverse dovute a farmaci e le tempistiche entro le quali effettuare le segnalazioni; - informazione, rivolta a tutti gli operatori sanitari, su argomenti riguardanti la farmacovigilanza e l’uso sicuro ed appropriato dei medicinali, attraverso la trasmissione di “Note informative importanti”; - definizione delle modalità di gestione delle segnalazioni di eventi avversi post immunizzazione da vaccini contro Covid-19, in considerazione della imponente campagna di vaccinazione realizzata nel 2021; in particolare in aggiunta alle attività già previste dalla normativa si è concordato con la Direzione aziendale di: - predisporre relazioni periodiche (settimanali o bisettimanali), destinate alla Direzione ed al Dipartimento di Prevenzione, sulle segnalazioni di reazioni avverse pervenute a livello locale, con particolare approfondimento sulle segnalazioni “rilevanti” (definite come segnalazioni significative ma con risoluzione spontanea o avvenuta in poche ore o qualche giorno in seguito a terapia) e “gravi” (secondo la definizione dell’AIFA); - predisporre mensilmente un report sintetico, da mettere a disposizione della popolazione, attraverso la pubblicazione sul sito “VaccinarSi in Trentino”; - estendere l’attività di follow-up a tutte le segnalazioni “clinicamente rilevanti” e non solo a quelle “gravi”; - coordinare un gruppo aziendale sull’informazione sui vaccini per il Covid-19; - partecipare a progetti di farmacovigilanza attiva; - attività di formazione nell’ambito del “Master in Management per funzioni di coordinamento delle Professioni Sanitarie – Università degli Studi di Verona”, che si è svolto a inizio 2021, sulle seguenti tematiche: - la safety dei medicinali ed il suo impatto sulla salute pubblica; - introduzione alla farmacovigilanza e organizzazione a livello nazionale, europeo e mondiale; - la segnalazione spontanea e i suoi esiti in termini regolatori; - la prevenzione delle reazioni avverse da farmaci; - esercitazioni pratiche in materia di farmacovigilanza.
--	---