

Relazione consuntiva eventi avversi anno 2019

Ex art. 2 comma 5 Legge 24/2017

Premessa

Al fine di perseguire risultati sempre migliori in termini di qualità e di sicurezza delle cure erogate, è essenziale che operatori sanitari e pazienti/utenti instaurino un efficace rapporto di collaborazione.

Il medico operatore è esperto nel gestire e trattare le patologie in generale, ma è solo il paziente che – vivendola quotidianamente “sulla sua pelle”, conosce la “sua” malattia.

Il paziente/utente non può più essere considerato un semplice ricevitore passivo delle cure prescritte, ma deve diventare protagonista attivo della propria salute ed essere, in quanto tale, adeguatamente ascoltato e informato. Pertanto, l’incontro tra paziente/utente e operatori sanitari diviene un dialogo tra esperti, in cui entrambi gli attori sono partner attivamente impegnati nel perseguire un comune obiettivo: ottenere una sempre migliore qualità e sicurezza delle cure.

In una certa misura, gli errori sono insiti nella natura stessa dell’essere umano; di frequente, però, non sono ascrivibili al solo contributo del singolo individuo, ma sono strettamente correlati alle condizioni in cui egli opera.

Nell’ambito dell’assistenza sanitaria si svolgono ogni giorno molteplici attività, spesso di elevata complessità, determinata anche dall’utilizzo di tecnologie sempre più evolute. Condizione, quest’ultima, che – da un lato – risponde alla necessità di raggiungere e mantenere standard elevati di qualità e di sicurezza, ma che – dall’altro – può contribuire ad aumentare il rischio di errore. Per tale ragione, operatori sanitari e pazienti/utenti si trovano insieme a affrontare giorno dopo giorno una sfida, che solo unendo l’impegno di tutti può condurre al miglioramento continuo delle prestazioni.

E, proprio al fine di garantire prestazioni di elevata qualità e sicurezza, è essenziale che ogni organizzazione si adoperi per consentire ai propri professionisti della salute di lavorare al meglio delle loro potenzialità, esprimendo la propria professionalità e utilizzando tutte le competenze e le risorse disponibili.

Il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente rappresenta un contributo fondamentale anche nell’ottica di evitare eventi avversi che, verificandosi, potrebbero avere ricadute anche di rilevante entità sui costi generali di un’Azienda Pubblica, rappresentando questa eventualità uno spiacevole dispendio di risorse della collettività.

Parlare di “sicurezza del paziente” significa, dunque, impegnarsi costantemente con l’intento di migliorare la qualità delle cure sanitarie, così come ormai da anni sta facendo la nostra Azienda ULSS 9 Scaligera. Coerentemente con questo obiettivo, una delibera del 2008 della Giunta Regionale del Veneto (DGRV n.1831 del 1° luglio 2008), ha sancito l’introduzione di un nuovo modello organizzativo, che prevede l’istituzione in ciascuna organizzazione sanitaria di un “gruppo di lavoro” impegnato specificatamente nel monitoraggio e nel costante miglioramento della

sicurezza del paziente e della qualità delle cure da questi ricevute, sia all'interno dell'ospedale sia in ambito territoriale.

I "gruppi di lavoro", nello svolgimento delle attività di monitoraggio delle procedure adottate e delle cure prestate ai pazienti e al fine di identificare eventuali problemi che rischierebbero di compromettere la sicurezza e la qualità delle cure stesse, si avvalgono dell'uso di diversi strumenti, ma soprattutto della collaborazione di tutto il personale dell'azienda, con il quale cercano di creare un dialogo aperto e volto a ricercare le cause e/o le dinamiche che soggiacciono ad eventuali eventi avversi o eventi evitati.

Gli operatori sanitari sono, infatti, chiamati a segnalare ogni situazione di rischio, come pure qualunque condizione che avrebbe potuto sfociare in un evento avverso, ma che è stata intercettata e corretta per tempo (evento evitato), così come – infine – qualsiasi evento avverso verificatosi nel corso delle cure prestate al paziente. Le segnalazioni suddette hanno lo scopo di avviare un'attenta analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi o gli eventi evitati, con l'obiettivo finale di introdurre nel sistema adeguate misure correttive e prevenire il ripetersi dei problemi o il ripresentarsi delle condizioni di rischio.



Tale approccio è essenziale per ottenere nel tempo un'assistenza sempre più sicura e di qualità e per creare un'organizzazione che attraverso ogni evento, sia avverso sia evitato, impari a migliorarsi.

Con questo obiettivo e nell'ottica di un maggior coinvolgimento del paziente nella sicurezza delle proprie cure, sono in corso l'uniformazione e l'integrazione su base regionale delle modalità di segnalazione, aperte sia ai professionisti sanitari sia al cittadino.

Al fine di meglio illustrare i contenuti della presente relazione, si riportano di seguito alcune definizioni inerenti ai processi di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti

Evento evitato.

Evento, correlato al processo assistenziale, che ha la potenzialità di causare un evento avverso, il quale però non si verifica:

- per caso fortuito;
- perché l'evento potenzialmente avverso è prevenuto anticipatamente;
- perché l'evento non ha conseguenze per il paziente.

Evento avverso.

Evento inatteso, correlato al processo assistenziale, che comporta un danno al paziente e per il quale è indicato un intervento in termini organizzativi e/o gestionali.

Rischio.

Condizione o evento potenziale, esterno o interno al processo, che può modificare l'esito atteso dello stesso. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, ovvero come prodotto tra la

probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D). Nel calcolo si tiene anche in considerazione il fattore umano (fattore K), ossia la capacità di individuare in anticipo e di contenere gli effetti potenziali dell'evento dannoso.

Sistema di segnalazione.

È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi evitati, effettuata volontariamente ed obbligatoriamente dagli operatori.

Sicurezza del paziente.

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce – attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli eventi possibili per i pazienti – la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e di processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Analisi proattiva.

Approccio preventivo al sistema, finalizzato ad evitare che si verifichino eventi avversi, mediante l'applicazione di metodi e strumenti volti a identificare a priori le criticità e ad eliminarle.

Analisi reattiva.

Studio a posteriori degli eventi avversi e degli eventi evitati, mirato a individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi e, successivamente, a correggerle per ridurre la possibilità che gli eventi si ripetano in futuro.

Modello organizzativo aziendale per la Sicurezza del Paziente

Con la Delibera del Direttore Generale n. 363 del 13 giugno 2019, l'Azienda ULSS 9 Scaligera, recependo le indicazioni regionali, in particolar modo della DGRV 1831 dell'1 luglio 2008 e della DGRV 2364 del 29 dicembre 2011, tenendo conto della ridefinizione del nuovo assetto aziendale, ma volendo anche valorizzare l'organizzazione capillare esistente nei quattro Distretti, ha approvato il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente formato dal Coordinamento Aziendale per la gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente, dai Comitati Esecutivi distrettuali per la Sicurezza del Paziente e dai referenti del Rischio Clinico, Medici e delle Professioni Sanitarie, delle UU.OO.CC. e dei Servizi, sia ospedaliere, sia territoriali.

Il Coordinamento Aziendale per la gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente, con funzioni di indirizzo e supervisione, è composto dal Direttore Sanitario e dai referenti del Rischio Clinico, medici e delle professioni sanitarie, del quattro Distretti dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, nonché dai Direttori della Funzione Ospedaliera e del Dipartimento di Prevenzione. Le sue funzioni devono comprendere, ma non limitarsi a:

- Definire le misure preventive per la riduzione dei rischi, da sottoporre alla Direzione Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza;
- Definire i contenuti del Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente;
- Proporre il piano per la formazione specifica, sulla base delle proposte avanzate dai referenti locali del Rischio Clinico;
- Proporre le linee guida aziendali per la sicurezza del paziente;

- Attivare, per eventi avversi di particolare gravità, gli audit di evento significativo;
- Promuovere la cultura della sicurezza in Azienda.

Il Comitato Esecutivo Distrettuale per la Sicurezza del Paziente, con funzioni di pianificazione e operative locali, è composto da Referenti Medici e delle Professioni Sanitarie dei Dipartimenti Ospedalieri, dei Dipartimenti Territoriali, dei Distretti e delle Strutture aziendali, coordinati dal Risk Manager aziendale. Le funzioni del Comitato Esecutivo distrettuale per la Sicurezza del Paziente devono comprendere, ma non limitarsi a:

- Applicare le misure preventive per la riduzione dei rischi, sulla base delle indicazioni del Coordinamento Aziendale e della Direzione Generale;
- Contribuire alla definizione dei contenuti del Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente;
- Diffondere a livello locale gli obiettivi aziendali per la sicurezza del paziente e supervisionare la loro attuazione;
- Raccogliere proposte di attività da inserire nel Piano Annuale per la Sicurezza del Paziente;
- Raccogliere proposte per il piano per la formazione specifica;
- Promuovere e monitorare l'attivazione degli indirizzi/linee guida individuati dal Coordinamento Aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;
- Provvedere alla supervisione, all'organizzazione e alla formulazione di proposte di analisi e revisione dei processi assistenziali;
- Provvedere al coordinamento dei referenti dipartimentali per la sicurezza del paziente;
- Curare la comunicazione, anche mediante diffusione di linee guida o altra documentazione;
- Verificare l'attuazione delle misure preventive adottate;
- Attivare gli audit di evento significativo a livello locale.

Titolo della scheda: Scheda descrittiva delle tipologie di eventi avversi/eventi evitati e dei relativi ambiti di intervento per la prevenzione e riduzione del rischio clinico nel 2019.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI	AMBITI DI INTERVENTO	MONITORAGGIO
Aggressione operatore/paziente	<ul style="list-style-type: none"> ● Partecipazione al gruppo di lavoro "Prevenzione Violenze ed Aggressioni" previsto dalla procedura "Gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari". ● Attività formativa specifica. 	<p>Verbali di incontri per analisi aggressioni e verbali sopralluoghi effettuati. Verifica dell'avvenuta formazione del personale.</p>
Aggressione tra pazienti	<ul style="list-style-type: none"> ● Non individuate azioni di miglioramento, considerata la tipologia di evento. 	<p>Monitoraggio non eseguito, a fronte della mancata individuazione di azioni di miglioramento.</p>
Malfunzionamento/malposizionamento di dispositivo/apparecchio/informatica	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduzione di miglioramenti nei programmi gestionali informatici. ● Miglioramento della gestione informatizzata della documentazione sanitaria. 	<p>Esecuzione di controlli/manutenzioni. Verbali incontri con Ingegneria Clinica</p>
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> ● Attività formativa specifica. ● Creazione di protocolli trasversali di collaborazione tra le UU.OO.CC. ● Attivazione del tavolo di lavoro per la revisione della procedura dei trasporti secondari adulti e pediatrici, ● Implementazioni di modalità operative per l'invio dei campioni biologici e richieste al Centro Trasfusionale. 	<p>Verifica dell'avvenuta formazione del personale. Stesura di protocolli.</p>
Autolesionismo	<ul style="list-style-type: none"> ● Non individuate modifiche azioni di miglioramento, considerata la tipologia di evento e, spesso, di pazienti coinvolti. ● Redazione di materiale informativo da consegnare ai visitatori dell'area di degenza Salute Mentale. 	<p>Monitoraggio non eseguito, a fronte della mancata individuazione di azioni di miglioramento.</p>
Procedura diagnostico-terapeutica	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisione ed integrazione di procedure e istruzioni operative esistenti. 	<p>Procedure riviste e/o integrate.</p>

Prescrizione/somministrazione farmaci	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformazione su base provinciale della procedura sulla "Prescrizione della terapia e prevenzione degli errori" e "Manipolazione delle forme farmaceutiche solide". • Realizzazione audit con il Servizio Vaccinale. • Modifiche organizzative. 	Procedure uniche per l'intera Azienda ULSS 9 Scaligera. Verbale audit. Superamento dell'organizzazione per compiti.
Gestione sangue/emoderivati	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'approvvigionamento con sangue tra Villafranca e Bussolengo attraverso l'utilizzo di un'ambulanza convenzionata. 	Firme di presenza agli incontri. Procedure riviste e/o integrate.
Incidente a paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Non individuate azioni di miglioramento, considerata la tipologia di evento. 	Monitoraggio non eseguito, a fronte della mancata individuazione di azioni di miglioramento.
Condizioni ambientali pericolose	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione del Servizio Tecnico. • Attivazione dell'Ingegneria Clinica. • Attivazione del Servizio di Farmacia Ospedaliera. • Attivazione del Servizio Economato. 	Verifica presa in carico e risoluzione del problema da parte dei Servizi interessati.
Lesioni da pressione di nuova insorgenza	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della corretta rilevazione del rischio. • Verifica della corretta adozione di misure di prevenzione. 	Esecuzione delle verifiche.

Altre azioni di miglioramento

Oltre alle azioni di miglioramento sopra elencate, sono state poste in essere altre iniziative, quali:

- Partecipazione al monitoraggio annuale del recepimento delle raccomandazioni ministeriali, che si è provveduto a documentare;
- Attività di formazione degli operatori sanitari, mirata a migliorare le loro conoscenze in merito alla sicurezza dei pazienti, alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali e all'applicazione di procedure e protocolli;
- Predisposizione dei contenuti del sito internet per il paziente/utente per il rischio clinico e sicurezza del paziente;
- Introduzione di obiettivi specifici di budget inerenti alla sicurezza del paziente.