

Relazione consuntiva eventi avversi

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 ad 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, impara 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 ad 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

Nel nuovo Atto Aziendale dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 58 del 31 gennaio 2018, così come indicato nella DGRV n. 1306 del 16 agosto 2017, è prevista la "Funzione di *risk management*", in *staff* al Direttore Sanitario.

Per ciò che attiene all'ambito della Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente, nelle more dell'adeguamento organizzativo previsto dal succitato Atto Aziendale, l'Azienda ULSS 9 Scaligera mantiene la precedente strutturazione – che è stata fortemente integrata su scala provinciale a partire dal 2012. Tale organizzazione prevede un Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente coadiuvato da un professionista sanitario per i Distretti della ULSS 9 Scaligera (uno per i Distretti Verona Città - Est Veronese con sede a San Bonifacio, uno per il Distretto della Pianura Veronese con sede a Legnago ed uno per il Distretto dell'Ovest Veronese con sede a Bussolengo). In ognuna delle sedi, è stato istituito con Delibera del Direttore Generale un Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente, composto da referenti medici ed infermieristici/tecnici delle varie strutture aziendali.

Già a partire dal 2012, i tre Responsabili delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente hanno istituito un Coordinamento Provinciale, con lo scopo di allineare gli obiettivi e uniformare le procedure

messe in atto nelle tre ex-Aziende ULSS. A rotazione, i tre Responsabili delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente hanno svolto la funzione di Coordinatore delle attività svolte, ferma restando la possibilità di ognuno di essi di convocare un incontro su specifiche tematiche. In due occasioni, a tali incontri ha partecipato anche il Responsabile Aziendale delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

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

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI	AMBITI DI INTERVENTO	MONITORAGGIO
Caduta	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformazione su base provinciale della procedura sulla "Prevenzione delle cadute". 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione procedura (attività in corso).
Aggressione operatore/paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione del personale sulla prevenzione e gestione dell'aggressione. • Revisione della procedura sulla "Prevenzione degli atti di violenza in ambito sanitario" ed integrazione con l'Istruzione Operativa sulla "Gestione dei dispositivi taglienti/pungenti". • Stesura di una procedura per la "Gestione dell'aggressione in R. S. A." e addestramento del personale all'applicazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'avvenuta formazione del personale sanitario. • Revisione procedura esistente/ stesura di nuova procedura. • Implementazione procedura.
Aggressione tra pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Non individuate azioni di miglioramento considerata la tipologia di evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio non eseguito a fronte della non individuazione di azioni di miglioramento.

Malfunzionamento/malposizionamento di dispositivo/apparecchio/informatica	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del funzionamento e manutenzione straordinaria di dispositivi e apparecchiature. • Implementazione gestionale. • Creazione di protocolli per la gestione delle abilitazioni informatiche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione di controlli/manutenzioni. • Gestionale implementato. • Protocolli creati.
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Attività formativa specifica. • Creazione di protocolli trasversali di collaborazione tra le UU.OO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica dell'avvenuta formazione del personale. • Stesura di protocolli.
Autolesionismo	<ul style="list-style-type: none"> • Non individuate azioni di miglioramento considerata la tipologia di evento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio non eseguito a fronte della non individuazione di azioni di miglioramento.
Procedura diagnostico-terapeutica	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione ed integrazione di procedure e istruzioni operative esistenti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedure riviste e/o integrate.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI/EVENTI EVITATI	AMBITI DI INTERVENTO	MONITORAGGIO
Prescrizione/somministrazione farmaci	<ul style="list-style-type: none"> Uniformazione su base provinciale della procedura sulla "Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica". Audit con i professionisti delle Unità Operative/Servizi di Ostetricia e Ginecologia, Cure Primarie e Farmacia Ospedaliera. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedura unica per l'intera Azienda ULSS 9 Scaligera. Valutazione dei <i>software</i> utilizzati dai Medici di Medicina Generale per la prescrizione dei farmaci.
Incidente a paziente	<ul style="list-style-type: none"> Non individuate azioni di miglioramento considerata la tipologia di evento. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio non eseguito a fronte della non individuazione di azioni di miglioramento.
Inesattezza di dati paziente/lato/sede	<ul style="list-style-type: none"> Non individuate azioni di miglioramento considerato la tipologia di evento. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio non eseguito a fronte della non 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Esecuzione delle verifiche.

Altre azioni di miglioramento

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

- implementazione di *buone pratiche* per la sicurezza dei pazienti, che si è provveduto a documentare;
- attività di formazione degli operatori sanitari, mirata a migliorare le loro conoscenze in merito alla sicurezza dei pazienti e all'applicazione di procedure e protocolli;
- uniformazione su base provinciale delle procedure relative al Percorso Nascita;
- introduzione di obiettivi specifici di budget inerenti alla sicurezza del paziente.