



## **EVENTI AVVERSI, CAUSE E INIZIATIVE**

### **RELAZIONE ANNO 2017**

#### **art.2 Legge n.24 del 8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**

Le persone assistite in ospedale e i loro familiari spesso non hanno consapevolezza di tutti i rischi collegati al ricovero, ad un intervento chirurgico o ad un'indagine diagnostica, o, almeno, non come sono coscienti dei rischi che assumono nel salire, ad esempio, su un mezzo di trasporto.

Le notizie che la stampa quotidianamente diffonde sugli eventi di “malasanità” contribuiscono a generare incertezza e sfiducia nel sistema sanitario e fanno intravedere, a volte in modo ingannevole, la possibilità di ottenere facili risarcimenti economici per i presunti danni subiti.

Si rende allora necessario far chiarezza su alcuni aspetti legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di dare informazioni trasparenti tese a coinvolgere i pazienti e chi li assiste nella promozione della sicurezza delle cure: la persona assistita può aumentare la propria conoscenza dei fattori di rischio e dei comportamenti che prevengono gli errori. Ad esempio, si promuove la diffusione di azioni per la prevenzione delle cadute, per cui si sconsigliano pantofole o ciabatte aperte allacciate posteriormente, in altri casi, si chiede spesso al paziente di ripetere il proprio nome, cognome e data di nascita e viene posizionato un braccialetto identificativo per evitare errori durante la somministrazione di farmaci o l'esecuzione di esami di diagnostica.

Il termine errore è volutamente introdotto poiché, quelli che vengono chiamati eventi avversi sono eventi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili: se un evento avverso è attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. È altrettanto vero che l'errore non è sempre riconducibile all'attività di un operatore sanitario, può anche dipendere da un'organizzazione che non risponde adeguatamente a quanto è necessario (percorsi non chiari, tempi di attesa non congrui,

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>EVENTI AVVERSI, CAUSE E INIZIATIVE RELAZIONE 2017</p>	<p>AST_QRC_411</p>
--	--	--------------------

dotazioni inadeguate, ...) oppure, lo stesso può essere facilitato da problemi di comunicazione sia interni all'equipe che con il paziente.

E' quindi indispensabile che, se il paziente ha dei dubbi o delle preoccupazioni, chieda spiegazioni agli operatori sanitari, faccia conoscere le proprie abitudini, prenda nota delle indicazioni dei sanitari e porti tutta la documentazione attestante il suo stato di salute, faccia conoscere i farmaci ed altre sostanze che assume (integratori, omeopatici, ecc.), le allergie note e sia protagonista del suo percorso di cura per contribuire a ricevere e gestire in modo più sicuro le terapie e le scelte che riguardano la sua salute.

Le organizzazioni sanitarie, gli ospedali, le camere operatorie, gli ambulatori, la sala parto, sono ambienti in cui vengono svolte molteplici attività anche molto complesse e per questo, spesso, vengono comparati, anche per il livello di rischio a cui si va incontro, alle cabine di volo. Il fine principale dell'attività sanitaria rimane comunque sempre il miglioramento dello stato di salute del paziente o il mantenimento dello stesso livello, ove possibile, unitamente però all'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di errori.

Da anni il sistema sanitario nazionale e regionale ha individuato una funzione ad hoc nelle strutture sanitarie pubbliche e private: il Risk Management (Gestione del rischio clinico). Il compito principale del Risk Manager è cercare di ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili e minimizzare l'impatto del loro danno quando si manifestano identificando con gli operatori le barriere più efficaci e sostenibili da introdurre stabilmente nell'organizzazione per evitare il ripetersi di tali errori. Allo stesso modo sostiene l'attività di mediazione dei conflitti con gli obiettivi di chiarire la dinamica degli accadimenti, incrementa la fiducia nel servizio sanitario, ripristina una comunicazione a volte difficoltosa tra le parti, e diminuisce la probabilità che siano intraprese azioni legali contenendo, ove possibile, le conseguenze economiche.

Anche nella ASST Santi Paolo e Carlo, il Risk Manager redige annualmente un piano per la gestione e la prevenzione degli eventi avversi, in cui sono individuate sia le aree di maggior rischiosità su cui intervenire che i percorsi di formazione continua da dedicare agli operatori affinché agiscano nel rispetto di quanto definito dalle regole.

Nella A.S.S.T. Santi Paolo e Carlo è attivo dal 2016 un sistema centralizzato di segnalazione degli eventi avversi in tema di rischio clinico, tramite *Incident reporting*

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>EVENTI AVVERSI, CAUSE E INIZIATIVE RELAZIONE 2017</p>	<p>AST_QRC_411</p>
--	--	--------------------

inviato in modo anonimo e da parte di qualunque operatore sanitario. L'intento è quello di identificare i problemi per sviluppare strategie correttive in modo da prevenire in futuro problemi simili. Nel sistema di segnalazione vengono infatti richiesti i fattori che possono aver contribuito all'evento (fattori legati al paziente o al personale, fattori organizzativi o strutturali). Per evento avverso si intende qualunque evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi sentinella sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare danno o morte al paziente.

Il sistema di *incident reporting* comprende anche le segnalazioni di caduta accidentale dei pazienti ed i *trigger* ostetrici.

Il *trigger* ostetrico rappresenta un campanello di allarme o un evento critico che potrebbe dare origine a danno e interferire con una prestazione sicura e di qualità. I *trigger* ostetrici possono essere attribuiti ad una condizione materna o fetale, oppure essere conseguenti ad una criticità organizzativa. Essendo la ASST caratterizzata da un elevato numero di parti, è considerevole la numerosità di trigger segnalati.

L'andamento degli eventi avversi viene monitorato costantemente dal Risk Manager e dall'Ufficio Qualità e Rischio Clinico.

Nell'anno **2017** le tipologie più frequenti di eventi avversi segnalati sono stati:

1. Cadute
2. Errori di procedure diagnostiche
3. Violenza su operatore
4. Malfunzionamento di Dispositivi Medici
5. Errore di somministrazione di farmaci
6. *Trigger* ostetrici
7. Errore di identificazione del paziente

Le relative azioni di miglioramento implementate, in accordo alle 17 Raccomandazioni Ministeriali, in tema di sicurezza delle cure, sono state:

1. Formazione agli operatori sulla prevenzione delle cadute dei pazienti
2. Implementazione di formazione sul campo sulla gestione del corretto riconoscimento del paziente e definizione di percorsi diagnostici integrati finalizzati al miglioramento della appropriatezza diagnostica



3. Deliberazione aziendale di un gruppo di lavoro deputato alla realizzazione di procedure, eventi formativi, addestramento con tecniche di *deescalation* e Krav maga finalizzati alla riduzione degli episodi di violenza sugli operatori sanitari
4. Revisione coordinata col Servizio di Ingegneria Clinica, delle procedure di manutenzione routinaria e straordinaria, delle apparecchiature biomediche ed elettromedicali
5. Introduzione della cartella clinica elettronica con il modulo sicuro per la gestione informatizzata del processo del farmaco dalla prescrizione da parte del medico fino alla somministrazione al paziente
6. Audit clinici su ogni *trigger* ostetrico segnalato con tutti i medici e le ostetriche della Clinica Ostetrico Ginecologica e definizione di percorsi sicuri di assistenza in sala parto

Tra gli eventi sentinella più rappresentati nel **2017** sono da segnalare errori di terapia farmacologica, errori di chirurgia, tentati suicidi di paziente in ospedale. Le iniziative messe in atto sono state la formazione sulla prevenzione del suicidio dei pazienti e l'ottimizzazione in ogni presidio ospedaliero dei controlli di sicurezza tramite *check list*, sia in sala operatoria che in reparto.