



# **RELAZIONE CONSUNTIVA**

## **EVENTI AVVERSI E INIZIATIVE**

### **ANNO 2019**

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



I Sistemi Sanitari Nazionale e Regionale hanno promosso da anni all'interno delle Strutture Sanitarie pubbliche e private, l'istituzione della funzione di Risk Management, deputata alla Gestione del Rischio Clinico.

La Legge 24 dell'8 marzo 2017, all'art 2 comma 5, 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 l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

## EVENTI AVVERSI

Identificare i problemi ricorrenti o più rilevanti anche attraverso le segnalazioni di eventi avversi è un presupposto per sviluppare serie strategie correttive in modo da prevenire in futuro problemi simili.

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 grave danno o morte al paziente, come riferito nella documentazione normativa del ministero della Salute, pubblicata sul sito salute.gov.

Gli eventi avversi in tema di rischio sanitario vengono segnalati al Risk manager avvalendosi di documentazione pubblicata sulla intranet aziendale.

### **NEAR MISS (Quasi eventi) Situazione in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato**

Relativamente ai dati sulle segnalazioni di near miss, si è riscontrato nel 2019 un numero di segnalazioni spontanee, in termini assoluti, davvero contenuto. Pur trattandosi di piccoli numeri e di eventi prognosticamente non gravi, tutti i casi sono stati valutati e analizzati con le funzioni aziendali di riferimento quali ad esempio il SITRA, la farmacia, la direzione medica di presidio. Sono state individuate e implementate azioni correttive di miglioramento ritenute idonee.

#### SVILUPPO:

- Monitoraggio continuo delle segnalazioni pervenute in accordo con le direzioni di riferimento.
- Per il 2020 revisione del percorso di segnalazione degli eventi avversi implementando un sistema informatico per agevolare tale segnalazione.

### **CADUTE**

Il dato di segnalazioni delle cadute di pazienti nel 2019 risulta in diminuzione rispetto ai due anni precedenti.

Le cadute vengono segnalate prevalentemente in pazienti ricoverati nelle UOC di Medicina, di Riabilitazione e di Geriatria/Sub –Acuti dei vari Presidi, anche in relazione alla maggiore complessità, fragilità e comorbidità dei pazienti ivi ricoverati. Si evidenzia una riduzione degli episodi con conseguenze severe o gravi. Nel corso del 2019 il lavoro del Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) ha definito il programma per la presentazione e l'utilizzo della *Scheda di valutazione del rischio di caduta accidentale e pianificazione assistenziale* del rischio e delle brochure in ogni reparto/dipartimento che prevede:

- La valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali per consentire la riduzione del rischio di caduta;
- L'attuazione di interventi assistenziali previsti dalla pianificazione come da procedura;
- L'informazione del possibile rischio caduta alla persona assistita, attraverso la consegna della brochure aziendale predisposta dal GAD e interventi educazionali-assistenziali correlati.

#### SVILUPPO:

- Monitoraggio continuo delle segnalazioni pervenute in accordo con le direzioni di riferimento;



- attuazione di specifici interventi come l'ampliamento di acquisizione di letti abbassabili;
- Sensibilizzazione dei pazienti/famigliari mediante informative dedicate alla prevenzione delle Cadute in ambito ospedaliero e domiciliare.

#### EVENTI SENTINELLA

Gli eventi sentinella segnalati nel 2019 sono stati due, sui quali sono stati condotti audit post evento, approfonditi con tutti gli operatori sanitari di riferimento e con la partecipazione della Direzione Medica di Presidio, del SITRA e della Medicina Legale. Si sottolinea un decremento rispetto all'anno precedente degli eventi segnalati (2 vs 6) rispetto all'anno precedente, e si evidenzia, come fattore contribuente, in tale ambito l'importanza delle attività di formazione messa in atto nel corso dell'anno con i referenti qualità di reparto/dipartimento sia all'implementazione di attività di supporto e analisi di processi specifici da parte degli operatori della UOC Qualità e Risk.

#### SVILUPPO:

- Progettazione di attività formative sulla comunicazione sia in situazioni di emergenza/urgenza che relative alla relazione comunicativa con l'utente e attività di front-office.

#### TRIGGER IN AREA OSTETRICA: indizio o "campanelli d'allarme" che possono essere indice di un possibile evento dannoso per il paziente.

Il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), è stato arricchito dal 2016 di alcune informazioni cliniche sulla gravidanza e sul parto e di un intero capitolo che riguarda la segnalazione di eventuali eventi avversi (trigger) occorsi in sala parto.

Al fine di migliorare la gestione del rischio e aumentare la consapevolezza tra gli operatori dei punti nascita, anche nel 2019 è continuato il monitoraggio e l'analisi periodica dei trigger materni e fetali/neonatali, come da classificazione presentata nell'ambito della formazione regionale.

Nella nostra ASST è continuata la partecipazione agli eventi formativi promossi da RL in tema di monitoraggio e prevenzione della mortalità materna e della mortalità neonatale: per ogni punto nascita un medico ginecologo e un'ostetrica hanno garantito la presenza alla formazione in RL e, con un medico pediatra e con il risk manager, hanno poi presentato ai colleghi quanto indicato dai referenti regionali e ministeriali.

Nel 2019 è stato definito il gruppo di lavoro multidisciplinare per la redazione del *PDTA per la gestione del neonato critico*.

I trigger segnalati sono stati riesaminati collegialmente con gli operatori di reparto e sono state attuate revisioni di procedure e percorsi quando ritenuto necessario.

#### SVILUPPO:

- Attuazione di audit sulle tipologie di eventi - trigger più frequenti.
- Formazione su emergenze ostetriche e rianimazione neonatale: UOC Pediatria-Neonatologia e Ostetrica-Ginecologia, Rianimazione

Sondrio, 20 marzo 2020

Il Direttore ad interim UOC Qualità e Risk Management  
Dott.ssa Giuseppina Ardemagni

Il Risk Manager  
Dott.ssa Alessandra Rossodivita

Responsabile del procedimento  
Paganoni Catia