



Milano, 05.03.2020

RELAZIONE CONSUNTIVA
EVENTI AVVERSI, CAUSE ED 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.

Gli eventi avversi in tema di rischio sanitario vengono segnalati nella ASST Fatebenefratelli Sacco via web, tramite un sistema informatico di Incident Reporting, in modo anonimo e da parte di qualunque operatore sanitario. L'Incident Reporting è uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano un danno al paziente, o situazioni di rischio, il cosiddetto near miss o "evento evitato", che ha la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso fortuito o perché intercettato da barriere efficaci che ne impediscono il compimento. L'intento è quello di identificare i problemi per poi sviluppare le strategie correttive in modo da prevenire per il futuro che si possano ripetere gli eventi segnalati e migliorare, a ciclo continuo, sicurezza e qualità dei percorsi assistenziali e tutti quei fattori che possono avere 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 ed 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 a una condizione materna e fetale, oppure essere conseguenti ad una criticità organizzativa. Essendo l'ASST un Polo pediatrico di eccellenza e primo punto nascita della Lombardia, è caratterizzata da un elevato numero di parti, ed è considerevole la numerosità dei trigger segnalati.

L'andamento degli eventi avversi viene monitorato costantemente.

Nell'anno 2019 le tipologie più frequenti sono state:

1. Trigger ostetrici
2. Errori nella gestione della terapia
3. Aggressioni agli operatori



4. Cadute dei pazienti

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

1. Al fine di migliorare la gestione del rischio e aumentare la consapevolezza tra gli operatori dei punti nascita, anche nel 2019 è proseguito il monitoraggio e l'analisi periodica dei trigger materni e fetali/neonatali. Inoltre nella ASST, nell'ottica di implementare la Sicurezza in Area Travaglio/Parto, è proseguita l'attività formativa con corsi residenziali e sul campo sulla gestione del rischio in sala parto e sistemi di allerta precoce in sala parto (Sepsi in ostetricia).
2. Implementazione di formazione sul campo sulla gestione della terapia farmacologica e attività di riconciliazione farmacologica.
3. Implementazione del percorso sicuro in chirurgia attraverso la revisione di procedure in essere per la sicurezza in Area Chirurgica; in particolare è stato rivisto il percorso della check list operatoria per renderla aziendale, e si è proceduto alla revisione dell'istruzione operativa sul percorso sicuro in Chirurgia che è stata resa aziendale, con contestuale revisione delle raccomandazioni ministeriali n. 2 (Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e n. 3 (Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura) e verifiche sul campo; è stato iniziato anche un percorso formativo sulla sicurezza in chirurgia, attraverso lo svolgimento di un corso residenziale su tali tematiche (formazione sul campo e frontal)- SAFE SURGERY SAVES LIVES. E' prevista la prosecuzione di tali attività anche nel corso dell'anno 2020.
4. Proseguimento del progetto triennale di Data Mining, che ha coinvolto 17 Aziende Socio Sanitarie territoriali in Regione sull'identificazione degli eventi avversi/errori nella documentazione sanitaria informatizzata e misurarne la prevalenza al fine di definire un modello di ricerca standardizzato e riproducibile.
5. Nel corso del 2019 è stato creato un gruppo di lavoro aziendale sulle tematiche di WHP (*Workplace Health Promotion*) ovvero della promozione della Salute nei contesti occupazionali con l'obiettivo aziendale di attuare tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali ma anche di poter offrire ai propri lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche.

Tra gli eventi sentinella nell'anno 2019, si segnalano n.8 eventi sentinella, classificati secondo la nomenclatura utilizzata dal Ministero della Salute nel seguente modo:

- ✓ Evento sentinella n. 4 (Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure) n.1 caso
- ✓ Evento sentinella n. 8 (Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita) n. 1 caso
- ✓ Evento sentinella n. 9 (Morte o grave danno per caduta di paziente) n. 1 caso
- ✓ Evento sentinella n. 10 (Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale) n. 1 caso
- ✓ Evento sentinella n.16 (Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente) n. 4 casi.

Tali eventi sono stati segnalati al Ministero mediante portale SIMES, 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. Dalla disamina di tali eventi emerge l'esigenza di proseguire con



la progettazione di attività formative in tematiche di rischio clinico e sicurezza delle cure, che guidi gli operatori ad un lavoro di riconoscimento e approfondimento sia degli strumenti che del lessico propri della qualità e del rischio, come anche delle dinamiche comunicative e di no-technical-skills, che costituiscono l'humus che consente alle competenze tecniche di esprimere la loro potenzialità sia in termini di appropriatezza che di sicurezza delle cure.

Alcune iniziative sono state già intraprese nel corso del 2019, ed altre sono state programmate per l'anno 2020.

Il Direttore Sanitario

Dr. Giuseppe De Filippis

Il Risk Manager Aziendale

Prof. Francesco Auxilia

Milano li, 17.03.2020