

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA 2020 SU EVENTI AVVERSI SEGNALATI E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELLE CASE DI CURA DELLA PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE OSPITALIERE DEL SACRO CUORE DI GESU'

STRUTTURE DI RIFERIMENTO:

- Casa di cura "Villa San Benedetto Menni" – Albese con Cassano - CO
- Casa di cura "Villa San Giuseppe" - Ascoli Piceno
- Casa di cura "Villa Rosa" - Viterbo

1. PREMESSA LEGISLATIVA

L'articolo 2 comma 5 e l'art 4 comma 3 della legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), in relazione agli obblighi di trasparenza, impone a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative/azioni di miglioramento messe in atto, da pubblicare sul sito internet istituzionale, oltre agli importi dei risarcimenti erogati relativi all'ultimo quinquennio.

2. DEFINIZIONI:

- *evento sentinella*: è un evento avverso inatteso, di particolare gravità, potenzialmente evitabile che comporta la morte o un grave danno al paziente che determina sfiducia dei cittadini nel sistema sanitario. E' un indicatore di possibile malfunzionamento dell'azienda. Il Ministero della Salute ha individuato 16 tipologie di eventi sentinella. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.
- *evento avverso*: è un evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno/disagio al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Può essere previsto e legato all'errore e quindi evitabile o non prevedibile.
- *near miss*: È un "quasi evento avverso"; si evita l'incidente grazie ad un tempestivo intervento dell'operatore.
- *rischio clinico*: è la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso

3. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AZIENDA (CLINICAL RISK MANAGEMENT)

L'attività di Risk Management è volta ad individuare, analizzare e ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili; quindi le nostre Case di Cura, in linea con quanto esposto dal Ministero della Salute in termini di "qualità e sicurezza delle cure" ha attivato una procedura per la gestione del rischio clinico che si articola in quattro fasi consequenziali:

- identificazione del rischio
- analisi del rischio
- trattamento
- monitoraggio

A tal fine è stata portata avanti una cultura organizzativa orientata alla confidenzialità delle segnalazioni e non alla punibilità di coloro che segnalano ed inserito nella cartella informatizzata il modulo di *INCIDENT REPORTING (IR)*, ossia una scheda di segnalazione spontanea da parte dei vari operatori abilitati di varia tipologia di eventi (evento sentinella, near miss, evento avverso), una breve descrizione dello stesso ed un'analisi causale. Tale strumento facilitato dall'adozione del nuovo software di Business Intelligence (BI) consente oggi di condurre con maggior efficacia l'analisi dei dati relativi alle differenti tipologie di incidenti di natura sanitaria rispetto agli anni precedenti, al fine di progettare e predisporre strategie di miglioramento, individuata la tipologia dell'evento segnalato e delle sue caratteristiche, si procede con la presain carico da parte della commissione di Risk Management, presieduta da Risk Manager Aziendale, di ogni singolo evento e la pianificazione di interventi correttivi/preventivi mirati qualora dall'analisi dei dati risultino IR dipendenti da fattori relativi ai processi di supporto alla cura.

Viene redatto annualmente un piano per la prevenzione e la gestione degli IR, in cui sono individuate le aree maggiormente a rischio, sulle quali intervenire tempestivamente e la formazione da erogare agli operatori.

4. EVENTI AVVERSI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NEL 2020

Nelle nostre case di cura sono stati registrati 301 IR. Il numero degli incident non è sovrapponibile a quello degli scorsi anni, in quanto nel 2020 ha inciso pesantemente la pandemia di Covid che è stata protagonista della nostra quotidianità soprattutto nei primi sei mesi dell'anno.

Durante questi mesi infatti si è ridotto il tasso di occupazione dei posti letto a causa del blocco degli ingressi per Decreto e per i decessi avuti nel periodo. Inoltre per un periodo rilevante sono stati limitati gli spostamenti degli ospiti e le loro relazioni, in quanto molti sono rimasti allettati per giorni a causa dell'infezione da Coronavirus e sono stati limitati i contatti negli ambienti comuni.

Questi numeri riflettono anche le condizioni di lavoro in cui si sono trovati ad affrontare l'emergenza gli operatori.

La distribuzione degli IR è così suddivisa:

- 3 eventi sentinella
- 19 near miss
- 282 eventi avversi

4.1 EVENTI SENTINELLA

Gli eventi sentinella segnalati sono i seguenti:

- TENTATO SUICIDIO: la paziente viene trovata in bagno con filo del caricatore e del campanello legati intorno al collo. Viene effettuata l'analisi delle cause profonde attraverso il metodo della Root Cause Analysis e non si pianificano azioni migliorative. Si propone però la possibilità di intervenire

su aspetti ambientali relativi alla lunghezza delle cordicelle degli allarmi e sulla disponibilità degli strumenti necessari per l'apertura delle porte.

- TENTATO SUICIDIO: il paziente viene trovato con un filo del telefono attorno al collo, appositamente posizionato sulla porta del bagno a scopo autolesivo. Viene effettuata l'analisi delle cause profonde attraverso il metodo della Root Cause Analysis.

A seguito dell'evento l'ospite è stato trasferito in un nucleo nel quale è garantita maggiore sorveglianza da parte del personale; sono stati rimossi dalla sua futura stanza e negli spazi comuni, tutti gli elementi pericolosi che potrebbero essere utilizzati per la ripetizione del gesto. Inoltre per il recupero del benessere psichico dell'ospite sono state concesse, in conformità alle direttive nazionali anti- Covid, le visite con i familiari.

- CADUTA: l'ospite nel tentativo di appoggiarsi al letto, cade per scivolamento dello stesso che non era frenato. L'ospite in conseguenza della caduta ha riportato frattura dell'omero. L'incidente è stato analizzato in equipe, sono stati richiamati tutti gli operatori presenti in turno quel giorno e che hanno transitato per la camera sino all'incidente. Sono state richiamate le regole di sicurezza a tutto il personale di reparto.

4.2 NEAR MISS

Dei 19 near miss, 5 hanno riguardato la gestione dei farmaci, 2 eventi di aggressività, 2 relativi alla sorveglianza che hanno impedito la fuga degli ospiti coinvolti; 2 cadute; 8 eventi riguardanti diverse situazioni. E' positivo l'incremento delle registrazioni di near miss, poiché è segno di una sensibilizzazione del personale all'individuazione anche dei quasi incidenti che possono aiutare le strutture a formare e divulgare la cultura della prevenzione.

4.3 EVENTI AVVERSI

I 282 eventi avversi registrati si suddividono nelle seguenti tipologie:

- 194 cadute
- 22 eventi di aggressività
- 16 errori di terapia
- 13 insorgenza nuove LDD
- 2 agiti autolesivi
- 6 danni da contenzione
- 1 fuga
- 2 tentati suicidi
- 1 procedura assistenziale
- 3 procedure terapeutiche/diagnostiche non farmacologiche
- 22 altri eventi non rientranti nelle tipologie predefinite

Un'ulteriore analisi possiamo effettuarla sugli esiti di questi eventi:

- 69 eventi, pari al 24,5 % non hanno avuto nessuna conseguenza;
- 97 eventi pari al 34,40% hanno avuto esito minore (il danno provocato ha richiesto monitoraggio/osservazione/visita medica senza trattamento);
- 49 eventi pari al 17,40% hanno avuto esito moderato (il danno provocato ha richiesto anche trattamenti minori gestiti internamente);
- 6 eventi pari al 2% hanno avuto esito significativo (il danno provocato ha richiesto trasferimento in un centro esterno);
- 3 eventi pari all'1% hanno avuto esito severo e sono stati considerati eventi sentinella
- Nei moduli degli altri eventi non è stato registrato l'esito.

I principali fattori causali sono da attribuirsi alle condizioni psico-fisiche dell'ospite sulle quali si agisce, ove possibile, attraverso interventi individuali. Alcuni incidenti dipendono da fattori umani legati a situazioni degli operatori (stanchezza, distrazione, ecc); mentre raramente le cause degli eventi avversi sono legati a fattori organizzativi e/o alla documentazione in uso.

Comunque la registrazione e la successiva analisi dei dati, sono lo strumento indispensabile per la risoluzione delle criticità, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle cure e di gestione del rischio.

La caduta è evento avverso che trasversalmente è di gran lunga il più frequente; le cadute hanno riguardato per lo più pazienti ad alto rischio caduta per problemi fisici e/o cognitivo-comportamentali. Sono 194 cadute totali di cui il 43% si sono verificate in psichiatria, mentre il 56% nel comparto socio-sanitario. La maggior parte delle cadute avviene in assenza dell'operatore (76%). Su 194 cadute soltanto 3 hanno avuto esito significativo, che ha richiesto quindi il trasferimento in altra struttura, mentre i restanti non hanno avuto esiti o hanno avuto esiti minori/moderati, gestiti all'interno delle case di cura;

Le aggressività (seconde per frequenza) hanno riguardato per lo più ospiti ricoverati in nucleo Alzheimer o in riabilitazione psichiatrica, pertanto con problematiche cognitivo-comportamentali e non sono state considerate derivanti dal nuovo contesto ambientale ma piuttosto legate alla patologie neuro-degenerative o alla fase di acuzie della nota patologia psichiatrica. Nessun evento ha avuto esiti significativi, solo 4 su 22 hanno richiesto trattamenti gestiti internamente.

Nel nucleo Alzheimer è applicato dal 2017 ed è sempre in fase di sviluppo, il modello Gentlecare che ha ridotto, rispetto agli anni scorsi, il numero degli eventi legati all'aggressività circa del 75%.

Riguardo agli errori dei farmaci, considerando che annualmente vengono effettuate più di 500.000 somministrazioni, l'entità degli errori è ridottissima e il rischio legato a tale fenomeno è oggettivamente trascurabile. Dei 16 errori legati alla terapia, solo due hanno avuto esito moderato.

Relativamente alla fuga dalla struttura questa ha riguardato una paziente ricoverata in riabilitazione psichiatrica; sono stati analizzati i fattori legati alla paziente (irrequietezza, angoscia, volontà espressa di rientro a domicilio) ritenuti comuni alla tipologia dei pazienti, fattori ambientali, ritenuti idonei e fattori legati all'operatore. Non sono emerse criticità nel sistema che hanno portato a definire strategie correttive.

I due agiti autolesivi riguardano due giovani ospiti del Nucleo celeste della RSA. Sono due giovani in situazioni di grave compromissione, consapevoli della loro situazione, per i quali l'equipe di reparto ha messo in atto misure di controllo al fine di evitare la ripetizione di tali gesti.

5.TABELLA RIEPILOGATIVA DEGLI IMPORTI DEI RISARCIMENTI DEGLI ULTIMI 5 ANNI

Nell'ultimo quinquennio sono stati effettuati complessivamente i seguenti risarcimenti per danni subiti da parte di tutti i Centri della Provincia Italiana delle Suore Ospedaliere:

ANNO DI LIQUIDAZIONE	IMPORTO A CARICO ASSICURAZIONE	IMPORTO A CARICO ENTE
2016	71.400	
2017	0	
2018	233.441	
2019	479.916	27.500
2020	17.100	

Roma, 25/05/2021