

RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI ANNO 2021

Premessa:

Con la presente relazione, in recepimento a quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge 24, 8 marzo 2017, sono rappresentati a consultivo gli eventi avversi registrati nell'anno 2021 presso l'ASST del Garda.

Costituita dal 1° gennaio 2016 con D.G.R. n. X/4492 del 10.12.2015 della Giunta della Regione Lombardia, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda (ASST del Garda) è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico gestionale ed ha sede legale a Desenzano del Garda (BS) Località Montecroce 1. La sua organizzazione è disciplinata dal Piano di Organizzazione Strategico approvato con D.G.R. n. X/6525 del 28.4.2017 e modificato con D.G.R. n. XI/5166 del 2.8.2021.

L'A.S.S.T. del Garda aggrega le strutture già afferenti all'ex A.O. di Desenzano del Garda e le strutture dell'ex A.S.L. di Brescia che insistono sul territorio degli ex distretti A.S.L. di Garda/Salò, Valle Sabbia, Bassa Bresciana Orientale e Bassa Bresciana Centrale.

Assetto delle strutture Aziendali

OSPEDALI
OSPEDALE DI DESENZANO
OSPEDALE DI MANERBIO
OSPEDALE CIVILE LA MEMORIA DI GAVARDO
OSPEDALE VILLA DEI COLLI DI LONATO (temporaneamente a Prevalle)
OSPEDALE DI LENO
OSPEDALE DI SALO'
AMBULATORI
POLIAMBULATORI OSPEDALIERI DESENZANO D/G
POLIAMBULATORI OSPEDALIERI MANERBIO
POLIAMBULATORI OSPEDALIERI GAVARDO

POLIAMBULATORI OSPEDALIERI LENO
POLIAMBULATORI SALO'
POLIAMBULATORI DI LONATO (temporaneamente a Prevalle)
POLIAMBULATORI DI GARGNANO
POLIAMBULATORI DI NOZZA DI VESTONE
AMBULATORIO MEDICINA DELLO SPORT - OSPEDALE LENO
STRUTTURE PSICHIATRICHE
U.O.N.P.I. LENO
U.O.N.P.I. LONATO
U.O.N.P.I. SALO'
CPS LONATO
CPS LENO
CPS SALO'
CRA LONATO "COMUNITA' RIABILITATIVA ALTA ASSISTENZA" (temporaneamente a Prevalle)
AMBULATORIO PSICHIATRICO VESTONE
UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIA
CONSULTORIO FAMILIARE DI LENO
CONSULTORIO FAMILIARE DI MONTICHIARI con sede distaccata a Calvisano
CONSULTORIO FAMILIARE DI GHEDI
CONSULTORIO FAMILIARE DI SALO'
CONSULTORIO FAMILIARE DI DESENZANO
CONSULTORIO FAMILIARE PRALBOINO
NOA Ser.T MONTICHIARI con sede secondaria a Prevalle

EVENTI SENTINELLA

Nella definizione di “Evento sentinella” sono compresi gli “eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna: a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l’individuazione e l’implementazione di adeguate misure correttive” (Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico, Ministero della salute 2009).

Il sistema di sorveglianza si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue il “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” del Ministero della Salute

– Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III.

Nell'anno 2021 all'interno dell'ASST del Garda è stato segnalato al Servizio scrivente 1 evento sentinella afferente all'area chirurgica (rubricabile nella categoria "ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente).

A seguito del coinvolgimento del personale sanitario coinvolto nella U.O. di accadimento dell'evento sentinella, tramite la metodologia dell'audit, si è proceduta all'analisi delle cause e dei fattori che hanno concorso al determinismo dell'evento e conseguente pianificazione di azioni correttive/preventive.

PIANO D'AZIONE E SVILUPPO:

- Adeguata valutazione del numero di personale in addestramento presente in sala operatoria;
- Revisione della Dir. San Az PT 28 Rev 23 "Regolamento Aziendale Blocco Operatorio", con implementazione delle indicazioni nella marcatura del sito chirurgico nella fase preliminare all'intervento.

SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

L'incident reporting è una modalità standardizzata di segnalazione di eventi indesiderati, finalizzata a rilevare criticità del sistema o di alcune procedure.

A livello aziendale è stata elaborata e diffusa una scheda di Incident reporting per la segnalazione spontanea degli eventi e dei near miss al Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico.

Tale scheda, disponibile sia in formato cartaceo che informatizzata, è fruibile da parte di tutti gli operatori dell'ASST del Garda.

L'evento "caduta della persona assistita all'interno della struttura ospedaliera" ha invece una specifica scheda di segnalazione recepita all'interno della relativa procedura aziendale (Dir San Az PT 26 Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita).

NEAR MISS ed EVENTI AVVERSI

Per Near Miss o “quasi evento” deve intendersi l’errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente/operatore.

Le segnalazioni di Near Miss nel 2021 sono state n. 136.

Si devono considerare eventi avversi gli “eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili” (Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute, 2011).

Relativamente all’anno 2021 sono pervenute al Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico n. 161 segnalazioni di eventi avversi.

La numerosità delle segnalazioni relative agli eventi correlati a malfunzionamento dispositivi/apparecchiature e agli atti di violenza ha suggerito una aggregazione dei dati come da tabella seguente che riporta anche una distribuzione degli eventi per area di accadimento.

Stratificazione e Distribuzione degli eventi nell’ASST del Garda

DIPARTIMENTO	NEAR MISS	EVENTO AVVERSO	EVENTO DA DISPOSITIVO	ATTI DI VIOLENZA
Dipartimento Chirurgico	7	5	1	
Dipartimento Emergenza Accettazione	32	5	14	29
Dipartimento Interno Riabilitativo	26	11	9	13
Dipartimento Materno Infantile	17	6	1	4
Dipartimento dei Servizi	38	14	5	2
Dipartimento di Salute Mentale	1	2	/	4

Servizi Aziendali	8	/	/	1
Rete Territoriale Bassa Bresciana	3	/	/	17
Rete Territoriale Alto Garda	1	1	/	3
Hub Vaccinali	3	11		3
Totale	136	55	30	76

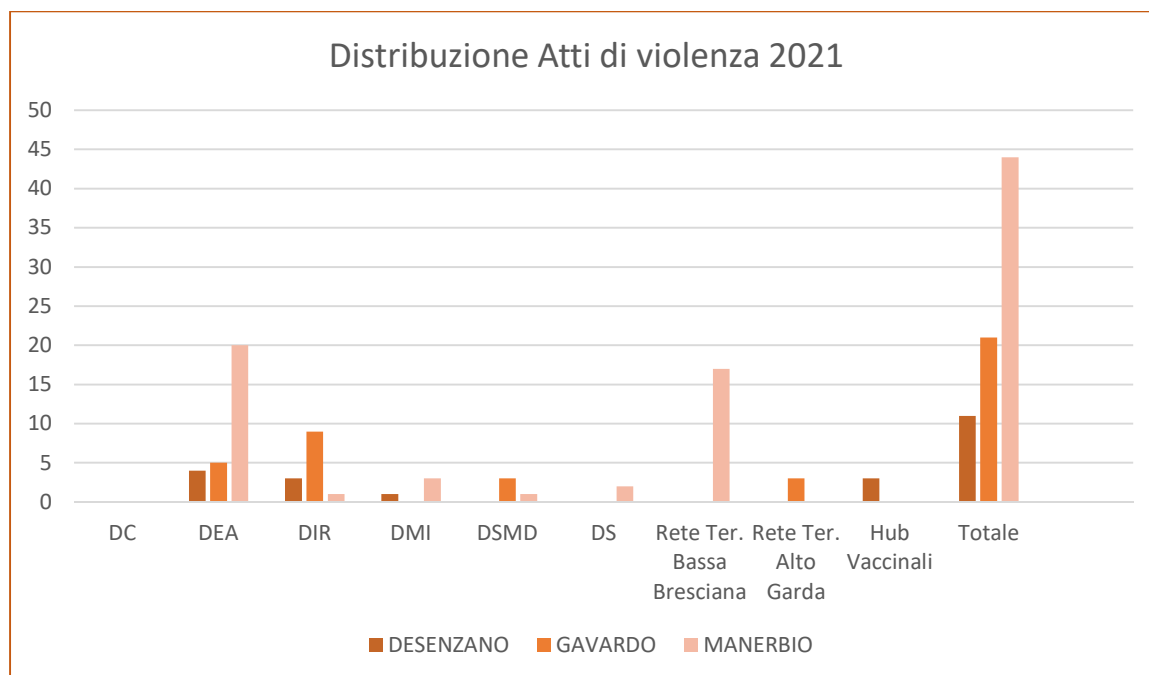
PIANO D'AZIONE E SVILUPPO:

- Monitoraggio continuo delle segnalazione pervenute al Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico;
- Revisione del processo di Incident Reporting dei near miss/eventi avversi attraverso l'implementazione di un sistema informatico che agevoli la segnalazione;
- Progettazione e realizzazione di attività formative indirizzate ai fondamenti di analisi dei processi ed alla gestione del rischio clinico;
- Progetto aziendale di analisi del percorso del paziente chirurgico mediante l'implementazione della "check list chirurgia sicura 2.0";
- Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 4 (Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale), con revisione della procedura aziendale e introduzione di una scala di screening del rischio suicidario con conseguente attività formativa dedicata.

Distribuzione Atti di violenza 2021

DIPARTIMENTO	DESENZANO	GAVARDO	MANERBIO
Dipartimento Chirurgico	/	/	/
Dipartimento Emergenza Accettazione	4	5	20
Dipartimento Interno Riabilitativo	3	9	1
Dipartimento Materno Infantile	1	/	3
Dipartimento dei Servizi	/	/	2

Dipartimento di Salute Mentale	/	3	1
Servizi Aziendali	/	1	/
Rete Territoriale Bassa Bresciana	/	/	17
Rete Territoriale Alto Garda	/	3	/
Hub Vaccinali	3	/	/
Totale	11	21	44



PIANO D'AZIONE E SVILUPPO:

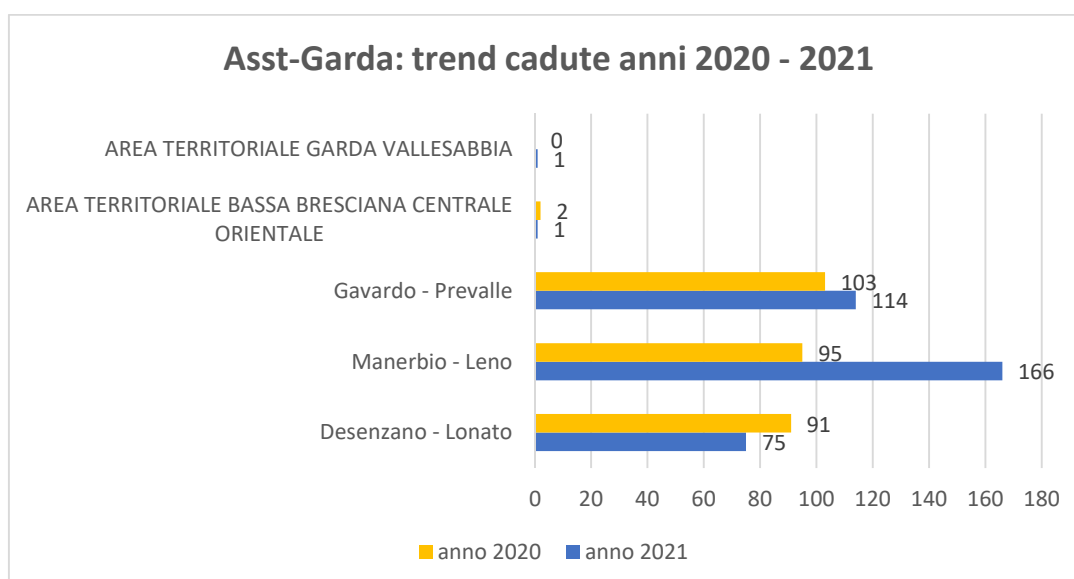
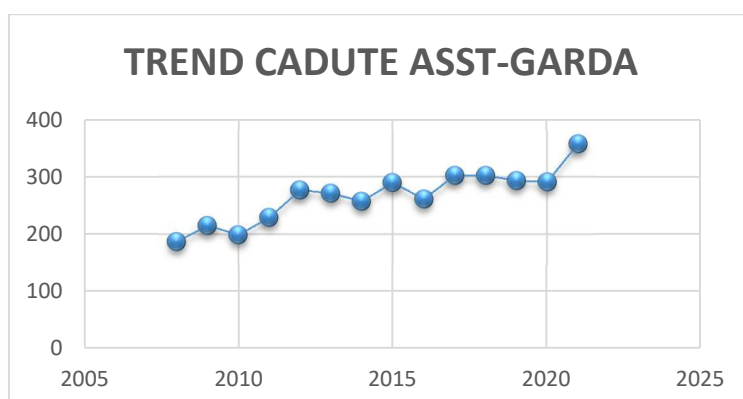
- Attività formativa in tema di violenza ai danni degli operatori (corso e-learning a tutti gli operatori e formazione in aula per gli operatori maggiormente esposti al rischio).
- Introduzione di una scheda di segnalazione dedicata all'atto di violenza ai fini di un'adeguata analisi aziendale del fenomeno.

LE CADUTE ACCIDENTALI

Le cadute costituiscono un evento avverso costantemente all'attenzione dell'Asst-Garda e la loro evenienza viene considerata come uno degli aspetti critici dell'assistenza. In un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, a garanzia di qualità, di efficienza ed efficacia e sostenibilità nell'erogazione delle cure, la messa a regime del sistema di segnalazione delle cadute e la presenza di un Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) multiprofessionale e multidisciplinare, permettono la descrizione e il monitoraggio del fenomeno, l'individuazione dei fattori di rischio e lo sviluppo di progetti per la sensibilizzazione sul tema e per l'attuazione di provvedimenti per il contenimento della frequenza e delle conseguenze.

Nel corso del 2021 sono stati segnalati nr. 357 eventi di caduta, dato in aumento rispetto all'anno precedente (nr. 291).

Indicatore delle cadute sui giorni di degenza 2021 nell'ASST-GARDA: 2,32‰.



La Medicina Generale rimane la specialità all'interno della quale avvengono la maggior parte delle segnalazioni di caduta, in linea al trend segnalato da Regione Lombardia ("Mappatura del rischio del Sistema Sanitario Regionale", Edizione XVII, 31/12/2020), seguita da Riabilitazione, Pronto Soccorso e Cardiologia.

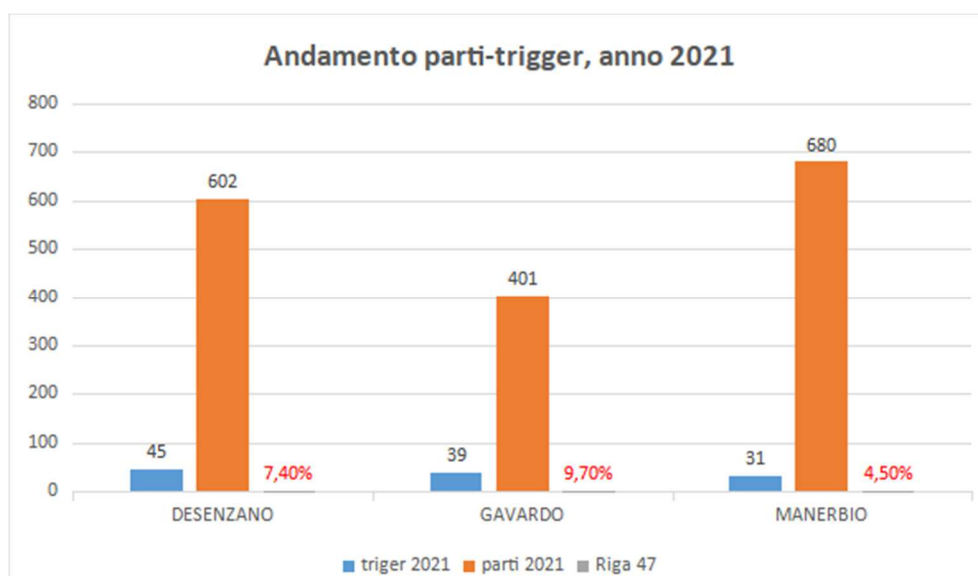
La modalità di caduta è un dato dal quale scaturiscono riflessioni in merito a strategie preventive: l'individuazione di quest'ultime è uno degli obiettivi prioritari definiti all'interno del Gruppo aziendale dedicato (GAD).

PIANO D'AZIONE E SVILUPPO:

- Monitoraggio continuo delle segnalazione pervenute al Servizio Qualità e Controllo Rischio Clinico;
- Valutazione di specifici interventi logistico-strutturali (acquisizione letti regolabili/sistemi di intelligenza artificiale per la sorveglianza dei pazienti a supporto degli operatori);
- Sensibilizzazione dei pazienti/famigliari mediante informative dedicate alla prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero e domiciliare.

TRIGGER MATERNO-FETALI

Nel 2021 i trigger materno-fetali segnalati nell'ASST del Garda sono stati pari a 115. Si riporta la distribuzione per Presidio Ospedaliero.



PIANO D'AZIONE E SVILUPPO:

- Attuazione di audit relativi all'analisi dei principali triggers segnalati;
- Attività formative dedicate con particolare riferimento alla gestione dell'urgenza alla nascita ed alla sicurezza in sala parto.

ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PROGRAMMATE E REALIZZATE NELL'ANNO 2021

Parallelamente al monitoraggio degli eventi da Incident Reporting, delle Cadute ospedaliere, dei Trigger materno-fetali e delle Infezioni/Sepsi, in linea con le indicazioni regionali, anche nel 2021 a fronte dell'evento pandemico, le attività di gestione del rischio clinico sono state prevalentemente orientate ad iniziative di revisione dei processi organizzativi sia ospedalieri che territoriali, di riorganizzazione dei modelli assistenziali, di sorveglianza sanitaria e gestione del personale, di istruzione e formazione specifica degli operatori sanitari.

Alla luce delle indicazioni regionali, sono stati, inoltre, oggetto di valutazione ed implementazione mediante azioni di prevenzione del rischio i seguenti settori:

- Gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi del Covid 19 rivolti al personale e agli utenti;
- Gestione delle vaccinazioni anti-Covid 19;
- Gestione dei cluster epidemici in aree non Covid;
- Sicurezza del personale sanitario e socio-sanitario;
- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nel 2022, nelle more dell'adozione delle Regole di Sistema per l'anno in corso e compatibilmente con le priorità definite dall'emergenza pandemica, si perseguiranno gli obiettivi di miglioramento della qualità e di governo del rischio clinico, in continuità con le attività dello scorso anno e in coerenza con l'attuazione del Piano Annuale di Risk Management 2022, che verrà redatto secondo le indicazioni previste dalle Linee Operative di Regione Lombardia, dalle Regole di Sistema Regionale, nonché dagli indirizzi della Direzione Strategica Aziendale.

L'attenzione delle attività di Risk Management riguarderà il supporto alle Direzioni Aziendali nella programmazione, pianificazione e monitoraggio delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica COVID-19, in ottemperanza alle disposizioni ministeriali e regionali.

Saranno effettuati programmi di auditing allo scopo di riesaminare le attività svolte, valutare il grado di allineamento alle buone prassi e standardizzazione dei comportamenti e valutare i risultati dell'attività svolta, anche in termini di outcome.

In tale ottica, sarà dedicata particolare attenzione nella formulazione di indicatori utili allo sviluppo di un data set per le aree del miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti.

Come riportato in precedenza, proseguirà il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, delle cadute e dei trigger dell'area travaglio-parto nonché l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sul rischio clinico.

Con particolare riferimento al "Sistema Indicatori Risk Management", che utilizzando i dati regionali del contenzioso misura indirettamente la qualità e sicurezza delle cure, si implementeranno azioni correttive e preventive volte ad una riduzione dei livelli di rischiosità entro i valori medi regionali nell'Area-Clinica-Ortopedia e nell'Area-Ostetrica/Ginecologia.