

## Segnalare gli eventi avversi per apprendere dagli errori

La sicurezza dei pazienti è un problema che riguarda tutti i sistemi sanitari. In numerose nazioni di tutto il mondo sono stati condotti studi epidemiologici che hanno dimostrato una frequenza inaccettabile di eventi avversi e di decessi dovuti ad errori nei processi assistenziali. Migliorare la sicurezza è quindi diventato un obiettivo prioritario delle organizzazioni sanitarie.

**Nella ricerca del miglioramento della sicurezza,  
uno degli aspetti più frustranti per i pazienti e per i professionisti  
è l'apparente incapacità dei sistemi sanitari di imparare dai propri errori**

Troppo spesso né gli operatori, né le organizzazioni sanitarie avvisano gli altri professionisti quando succede un incidente, né condividono con altri la lezione appresa quando hanno portato a termine un'indagine. Come conseguenza, gli stessi errori accadono ripetutamente in molti contesti diversi e i pazienti continuano ad essere danneggiati da errori prevenibili.

**Una soluzione a questo problema è la segnalazione degli eventi avversi:**

da parte dei medici e degli altri operatori sanitari all'interno della propria organizzazione e da parte dell'organizzazione sanitaria a un sistema di segnalazione regionale o nazionale. Alcuni esperti ritengono che un efficace sistema di segnalazione sia la pietra angolare della sicurezza e una misura del progresso dell'organizzazione verso il raggiungimento di una cultura della sicurezza. Come minimo, **la segnalazione può identificare i pericoli e i rischi potenziali e fornire informazioni sui punti deboli del sistema sanitario.** Questo può contribuire al miglioramento e ai cambiamenti del sistema per ridurre la probabilità di danni ai futuri pazienti.

A loro volta, le organizzazioni sanitarie o gli individui traggono beneficio dal segnalare gli incidenti se ricevono informazioni utili di ritorno, ottenute dalla analisi e generalizzazione di casi simili, avvenuti in altre istituzioni.

Se l'evento e il risultato dell'analisi delle cause non sono riportati a un'autorità esterna, la lezione appresa non è condivisa: è persa l'opportunità di generalizzare un problema ed è persa anche l'opportunità di sviluppare soluzioni più efficaci ed esportabili in altri contesti.

Al contrario, se l'evento è segnalato e i risultati dell'analisi sono immessi in una banca dati, gli eventi possono essere analizzati insieme a incidenti simili, per chiarire eventuali cause sottostanti comuni e far emergere le possibili soluzioni.

## ***Ruolo della segnalazione nel migliorare la sicurezza dei pazienti***

**Il principale scopo dei sistemi di segnalazione è quello di imparare dall'esperienza.**

E' importante notare che la segnalazione di per sé non migliora la sicurezza: **il cambiamento è determinato dalla risposta alle segnalazioni**, cioè dalle informazioni di ritorno e dalle azioni intraprese per il miglioramento della sicurezza.

**Nelle organizzazioni sanitarie**, la segnalazione di un grave incidente o di un serio "near miss" dovrebbe innescare **un'indagine approfondita** per identificare le cause profonde sottostanti e indurre la conseguente riprogettazione dei processi che hanno manifestato dei difetti, per prevenire il ripetersi dell'evento.

**In un sistema regionale o nazionale**, gli **esperti analizzano le segnalazioni e diffondono i risultati che possono influenzare la sicurezza**. La mera raccolta di dati contribuisce poco a miglioramenti nella sicurezza dei pazienti, anche se la segnalazione di per sé induce ad una maggiore consapevolezza dei professionisti relativamente ai pericoli ed ai rischi per i pazienti.

Svariati sono i modi in cui le segnalazioni possono portare ad un aumento di conoscenze e al miglioramento della sicurezza:

- può **generare allerta** riguardo a nuovi pericoli significativi (anche se rari), per esempio gli effetti collaterali di un nuovo farmaco,
- le **lezioni apprese** in un'indagine su un evento grave **possono essere diffuse** ad altri contesti,
- l'analisi di numerose segnalazioni da parte dell'agenzia ricevente può **rivelare trends** non riconosciuti e pericoli che richiedono attenzione,
- l'analisi di segnalazioni multiple può **generare raccomandazioni** per tutti sulle "pratiche migliori" da seguire.

**L'ARSS ritiene fondamentale che in tutte le Aziende sanitarie del Veneto sia implementato un sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi e dei "near miss" (Incident Reporting) e che i dati raccolti confluiscono (in forma anonima) in un'unica banca dati, per la condivisione delle informazioni e l'apprendimento dagli errori.** Ciò in accordo con le linee guida dell'OMS per l'implementazione dei sistemi di Incident Reporting ("*Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*", World Health Organization, 2005).