

SICUREZZA DEL PAZIENTE



Aspetti principali

Gli eventi avversi dovuti a cure non sicure sono probabilmente una delle 10 principali cause di morte e disabilità nel mondo.

Nei paesi ad alto reddito, si stima che un paziente su 10 sia danneggiato durante le cure ospedaliere.

Il danno può essere causato da una serie di eventi avversi, di cui quasi il 50% è prevenibile. 134 milioni di eventi avversi si verificano ogni anno negli ospedali dei paesi a basso e medio reddito, causando 2,6 milioni di morti ogni anno a causa di cure non sicure.

A livello globale, ben 4 pazienti su 10 sono danneggiati nell'assistenza sanitaria primaria e ambulatoriale. È possibile prevenire fino all'80% dei danni.

Gli errori più dannosi sono legati alla diagnosi, alla prescrizione e all'uso di medicinali. Il 15% dell'attività e delle spese ospedaliere totali nei paesi OCSE è il risultato diretto di eventi avversi. Gli investimenti nella riduzione dei danni ai pazienti possono portare a significativi risparmi finanziari e, soprattutto, risultati migliori per i pazienti.

Un esempio di prevenzione è il coinvolgimento dei pazienti, se fatto bene, può ridurre l'onere del danno fino al 15%.

Che cos'è la sicurezza del paziente?

La sicurezza dei pazienti è una disciplina sanitaria emersa con la complessità in evoluzione nei sistemi sanitari e il conseguente aumento dei danni ai pazienti nelle strutture sanitarie. Mira a prevenire e ridurre i rischi, gli errori e i danni che si verificano ai pazienti durante la prestazione di assistenza sanitaria. Una pietra miliare della disciplina è il miglioramento continuo basato sull'apprendimento da errori ed eventi avversi. La sicurezza dei pazienti è fondamentale per la qualità dei servizi sanitari essenziali. In effetti, esiste un chiaro consenso sul fatto che servizi sanitari di qualità in tutto il mondo dovrebbero essere efficaci, sicuri e incentrati sulle persone. Inoltre, per realizzare i benefici di un'assistenza sanitaria di qualità, i servizi sanitari devono essere tempestivi, equi, integrati ed efficienti.

Garantire la corretta attuazione delle strategie di sicurezza dei pazienti

Sono necessarie politiche chiare, capacità di leadership, dati per migliorare la sicurezza, personale sanitario qualificato e coinvolgimento efficace dei pazienti nelle loro cure.

Perché si verificano danni ai pazienti?

Un sistema sanitario maturo tiene conto della crescente complessità delle strutture sanitarie che rendono gli esseri umani più inclini agli errori. Ad esempio, un ricoverato potrebbe ricevere un farmaco sbagliato a causa di un malinteso causato da un imballaggio simile. In questo caso, la prescrizione è passata attraverso diversi livelli di cura a partire dal medico in reparto per la dispensazione e infine all'infermiera che ha somministrato il farmaco sbagliato al paziente. Se ci fossero stati processi di custodia sicura a diversi livelli, questo errore avrebbe potuto essere identificato e corretto. In questo caso, la mancanza di procedure standard per la conservazione dei farmaci simili, la scarsa comunicazione tra i diversi fornitori, la mancanza di verifica prima della somministrazione dei farmaci e la mancanza di coinvolgimento dei pazienti nella propria cura potrebbero essere tutti fattori sottostanti e difetti del sistema che hanno portato alla occorrenza di errori. Tradizionalmente, il singolo fornitore che ha attivamente commesso l'errore (errore attivo) avrebbe la responsabilità di un tale incidente e potrebbe anche essere punito di conseguenza. Sfortunatamente, ciò non considera la situazione o i fattori nel sistema precedentemente descritti che hanno portato al

verificarsi di errori (errori latenti). ***È quando più errori latenti si allineano che un errore attivo raggiunge il paziente.***

Errare è umano e aspettarsi prestazioni impeccabili da parte di esseri umani che lavorano in ambienti complessi e ad alto stress è irrealistico.

Supponendo che la perfezione individuale sia possibile non migliorerà la sicurezza. Gli umani sono protetti dal commettere errori se collocati in un ambiente a prova di errore in cui i sistemi, i compiti e i processi in cui lavorano sono ben progettati. *Pertanto, concentrarsi sul sistema che ha permesso il verificarsi di un danno è l'inizio del miglioramento che può verificarsi solo in un ambiente aperto e trasparente in cui prevale una cultura della sicurezza.*

Questa è una cultura in cui un alto livello di importanza è posto sulle credenze, i valori e gli atteggiamenti di sicurezza e condiviso dalla maggior parte delle persone sul posto di lavoro.

Onere del danno

Ogni anno milioni di pazienti soffrono di lesioni o muoiono a causa di cure sanitarie non sicure e di scarsa qualità. Molte pratiche mediche e rischi associati all'assistenza sanitaria stanno emergendo come importanti sfide per la sicurezza dei pazienti e contribuiscono in modo significativo all'onere del danno derivante da cure non sicure.

Per esempio:

- Gli errori terapeutici sono una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari: a livello globale, il costo associato agli errori terapeutici è stato stimato a 42 miliardi di dollari all'anno;
- Infezioni associate all'assistenza sanitaria si verificano rispettivamente in 7 e 10 su 100 pazienti ospedalizzati nei paesi ad alto reddito e nei paesi a basso e medio reddito;
- Procedure chirurgiche non sicure causano complicazioni fino al 25% dei pazienti; quasi 7 milioni di pazienti chirurgici ogni anno soffrono di complicanze significative, 1 milione dei quali muore durante o immediatamente dopo l'intervento chirurgico ;
- Le pratiche di iniezioni non sicure in ambito sanitario possono trasmettere infezioni, tra cui HIV ed epatite B e C, e rappresentare un pericolo diretto per i pazienti e gli operatori sanitari; rappresentano un onere per il danno stimato in 9,2 milioni di anni di vita persi a causa di invalidità e morte in tutto il mondo (noto come Disability Adjusted Life Years (DALYs));
- Si verificano errori diagnostici in circa il 5% degli adulti in strutture di cure ambulatoriali, oltre la metà delle quali ha il potenziale di causare gravi danni. Molte persone soffriranno di un errore diagnostico durante la loro vita;

-Le pratiche di trasfusione non sicure espongono i pazienti al rischio di reazioni trasfusionali avverse e trasmissione di infezioni; i dati sulle reazioni trasfusionali avverse da un gruppo di 21 paesi mostrano un'incidenza media di 8,7 reazioni gravi per 100000 componenti di sangue distribuito;

-Gli errori di radiazione comportano una sovraesposizione a radiazioni e casi di identificazione di pazienti errati e siti errati; una revisione di 30 anni di dati pubblicati sulla sicurezza in radioterapia stima che l'incidenza complessiva degli errori sia di 15 per 10.000 corsi di trattamento;

-La sepsi spesso non viene diagnosticata abbastanza presto per salvare la vita di un paziente; poiché queste infezioni sono spesso resistenti agli antibiotici, possono rapidamente portare a un deterioramento delle condizioni cliniche, colpendo circa 31 milioni di persone in tutto il mondo e causando oltre 5 milioni di decessi all'anno;

-La tromboembolia venosa - i coaguli di vene - è una delle cause più comuni e prevenibili di danno al paziente, contribuendo a un terzo delle complicanze attribuite al ricovero. Si stima che ogni anno ci siano 3,9 milioni di casi nei paesi ad alto reddito e 6 milioni di casi nei paesi a basso e medio reddito.

Principali settori strategici di azione

L'unità dell'OMS per la sicurezza dei pazienti e la gestione dei rischi è stata fondamentale per far progredire e plasmare l'agenda sulla sicurezza dei pazienti a livello globale, concentrandosi sulla promozione dei miglioramenti attraverso le seguenti aree strategiche.

-Fornire una leadership globale e promuovere la collaborazione tra gli Stati membri e le parti interessate

-Stabilire priorità globali per l'azione

-Sviluppo di linee guida e strumenti

-Fornire supporto tecnico e sviluppare le capacità degli Stati membri

-Coinvolgere pazienti e famiglie per un'assistenza sanitaria più sicura

-Monitoraggio dei miglioramenti nella sicurezza dei pazienti

-Conduzione di ricerche nell'area

-Concentrandosi su queste aree chiave per facilitare miglioramenti sostenibili nella sicurezza dei pazienti, l'OMS mira a migliorare l'esperienza del paziente, ridurre i rischi e i danni, ottenere migliori risultati sulla salute e ridurre i costi.