



**Provincia Lombardo Veneta
Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli**

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA
SUGLI EVENTI AVVERSI E
SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO
(ART. 2.5 L. 24 MARZO 2017 N. 24)**

Anno 2017 / 2018

Sommario

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Introduzione | 1 |
| 2. | Contesto di riferimento | 2 |
| 3. | Organizzazione aziendale per il rischio clinico | 4 |
| 4. | Fonti informative per la sicurezza delle cure | 5 |
| 4.1. | <i>Incident reporting</i> | 6 |
| 4.2. | <i>Caduta accidentale</i> | 10 |
| 4.3. | <i>Eventi sentinella – SIMES</i> | 11 |
| 4.4. | <i>Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure</i> | 12 |
| 4.5. | <i>Le azioni correttive e i progetti di miglioramento</i> | 12 |
| 5. | Conclusioni | 16 |

1. Introduzione

La gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure sono obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale e componenti strutturali dei LEA.

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, conosciuta come Legge Gelli – Bianco e rubricata “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, 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 tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata sul sito internet.

La Legge si pone in continuità con l’indirizzo normativo già tracciato dalla Legge 28 dicembre 2015 n. 208 che aveva previsto l’attivazione obbligatoria, per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, di una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi dei possibili determinanti utile alla messa in sicurezza delle prestazioni.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’*Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità* del 29 settembre 2017 identifica gli eventi avversi di interesse per la relazione annuale consuntiva, comprendendo tutti gli incidenti siano essi causativi di un danno (eventi avversi), ovvero eventi senza danno ed infine i cosiddetti “quasi eventi” o near miss (ovvero eventi che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Il combinato disposto delle previsioni normative restituisce un quadro complessivo nel quale l’impegno per la sicurezza delle cure deve declinarsi non solo nella rilevazione degli eventi avversi, bensì soprattutto nella propensione alla misurazione della sicurezza e all’utilizzo

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

funzionale ed integrato delle fonti informative da cui attingere gli indicatori utili per mappare il rischio e rilevare le aree di criticità.

La presente relazione viene redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017 e si riferisce al periodo giugno 2017 – luglio 2018. I dati riportati nella relazione sono di tipo aggregato e fotografano la realtà complessiva della Provincia Lombardo Veneta.

In accordo con le linee di indirizzo espresse dalla Commissione Salute nell'ambito della Conferenza delle Regioni si predilige una rappresentazione qualitativa dei dati per documentare l'impegno dell'Organizzazione per la sicurezza delle cure.

2. Contesto di riferimento

La Provincia Lombardo Veneta (PLV) è un ente ecclesiastico giuridicamente riconosciuto di proprietà dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio detto dei Fatebenefratelli.

La Mission della PLV è l'Ospitalità che si esplicita nell'impegno a garantire una assistenza integrale alla persona attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute, cura e riabilitazione.

Alla PLV fanno capo 9 strutture sanitarie e socio sanitarie, accreditate con il SSN per complessivi 2.192 PL, dislocate in quattro regioni del Nord Italia - Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Per meglio comprendere il profilo di rischio aziendale e la complessità organizzativa occorre inquadrare il contesto in cui le Strutture Fatebenefratelli erogano i propri servizi, con riferimento particolare all'offerta assistenziale e alla presenza sul territorio.

Le strutture PLV operano in quattro aree assistenziali: area ospedaliera, area della riabilitazione, area residenziale e area psichiatrica.

I Centri/Presidi sono integrati nella rete d'offerta dei Servizi sanitari Regionali.

Nell'anno 2017 il numero dei ricoveri nell'intera Provincia è stato di 13.510 mentre il numero complessivo delle giornate di degenza è risultato pari a 721.380 (di cui 109.661 per riabilitazione; 173.618 per residenzialità; 401.148 per psichiatria; 17.981 per cure intermedie).

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Le principali caratteristiche delle strutture afferenti alla PLV sono sintetizzate nel prospetto che segue:

| | |
|---|---|
| <p>OSPEDALE SACRA FAMIGLIA - Erba (CO)</p> <p>Ospedale generale classificato accreditato e a contratto con Regione Lombardia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 246) – Medicina - Chirurgia - Cardiologia - Ortopedia - Ostetricia - Ginecologia - Pediatria - Riabilitazione specialistica - Pronto Soccorso - Terapia Intensiva – Recupero e riabilitazione funzionale – Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale |
| <p>IRCSS CENTRO S.GIOVANNI DI DIO - Brescia</p> <p>Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per la riabilitazione psichiatrica e la malattia di Alzheimer</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 240 + 40 CDI) -Riabilitazione Ospedaliera Alzheimer e Psichiatrica, Comunità protette psichiatriche ad alta e media intensità assistenziale- Centri Diurni -Ricerca applicata - Specialistica ambulatoriale • Comunità La Celeste (20 PL) Orzinuovi (BS) |
| <p>SAN RAFFAELE ARCANGELO – Venezia</p> <p>Ospedale Provinciale specializzato ad indirizzo Medico Riabilitativo accreditato e a contratto con Regione Veneto</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 188) - Residenza Sanitaria Distrettuale - Centro Servizi - Stati Vegetativi - Riabilitazione funzionale – Hospice – Recupero e riabilitazione funzionale - Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale |
| <p>B.V. CONSOLATA – S.Maurizio Canavese (TO)</p> <p>Presidio Ospedaliero Riabilitativo convenzionato con Regione Piemonte</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 225 di cui 165 post acuti e 60 di Comunità protette e REMS) - Riabilitazione Alzheimer -Medicina Fisica Riabilitativa -Medicina Neuro Motoria - Riabilitazione Alcol/farmaci -Lungodegenze forense - Riabilitazione in DH: Alzheimer e Funzionale -Riabilitazione Psichiatrica (Comunità) – REMS – Recupero e riabilitazione funzionale - Specialistica ambulatoriale |
| <p>SAN CARLO BORROMEO – Solbiate (CO)</p> <p>Residenza Sanitaria Assistenziale accreditata ed a contratto con Regione Lombardia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 212 di cui 21 Nucleo Alzheimer e 8 post acuti) – Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e sociosanitaria |
| <p>VILLA SAN GIUSTO – Gorizia</p> <p>Casa di riposo accreditata con Regione F.V.G.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 200) - Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e sociosanitaria |
| <p>SAN PIO X – Romano d'Ezzellino (VI)</p> <p>Casa di riposo accreditata ed a contratto con Regione Veneto</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 69 + 20 Centro Diurno) - Residenzialità territoriale per non autosufficienti con assistenza sanitaria e sociosanitaria |
| <p>CENTRO S.AMBROGIO Cernusco s/N (MI)</p> <p>Centro di riabilitazione psichiatrica e psicorganicità accreditato ed a contratto con Regione Lombardia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 417 + 30 Centro Diurno) - Comunità residenziali riabilitative assistenziali – Comunità protette – CRA disturbi alimentari - Centro Diurno – Monospecialistica ambulatoriale |
| <p>CENTRO SACRO CUORE DI GESÙ – S. Colombano</p> <p>Riabilitazione psichiatrica e per disabili psichici accreditato ed a contratto con Regione Lombardia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • (PL: 423) - Comunità residenziali riabilitative assistenziali - Servizio - Formazione all'autonomia - Centro Socio Educativo - Centro Diurno - Residenza sanitaria per Disabili psichici |

3. Organizzazione aziendale per il rischio clinico

Il modello di governance del rischio clinico nella PLV prevede un'articolazione organizzativa così strutturata.

A livello di amministrazione centrale della Provincia operano/sono costituiti:

- ⊕ una Unità di Gestione Rischio Aziendale (UGRA) a livello centrale
- ⊕ il Risk Manager Aziendale (RMA)
- ⊕ il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS)

A livello di Centro/Presidio locale operano/sono costituiti:

- ⊕ una Unità di Gestione Rischio (UGR)
- ⊕ un Referente Risk (RR)

L'UGRA ha una funzione di indirizzo e coordinamento delle Unità di Gestione Rischio locali (UGR). In particolare definisce le linee guida e la politica aziendale per il rischio clinico; formula gli obiettivi strategici; pianifica le attività e monitora l'attuazione delle progettualità; promuove la gestione in rete del rischio clinico. Sono membri dell'UGRA: il Direttore Sanitario Aziendale e il RMA.

Il Risk Manager Aziendale promuove la cultura della sicurezza, anche attraverso interventi formativi rivolti agli operatori sanitari, ed assicura il coordinamento della rete dei referenti risk con azioni di supervisione e supporto. E' inoltre responsabile del sistema aziendale di segnalazione degli eventi avversi; promuove e assicura il monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento per la prevenzione dell'errore e la gestione del rischio clinico; collabora nella stesura di protocolli e procedure inerenti la sicurezza dei pazienti e delle cure; identifica le aree a maggiore criticità e programma specifiche attività di miglioramento nell'ambito del Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico che redige/aggiorna ogni due anni.

Le UGR a livello locale si occupano dell'attuazione di progettualità di prevenzione e gestione del rischio clinico condivise con l'UGRA e, d'intesa con il RMA, garantiscono l'implementazione del sistema aziendale di incident reporting, compresa l'adozione delle azioni correttive e di miglioramento che conseguono all'analisi delle segnalazioni di

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

errore/evento avverso. Sono membri stabili dell'UGR: il Direttore Medico di Presidio, il/i referenti risk, il Comitato delle Infezioni Ospedaliere, altri membri designati dai Centri/Presidi.

Presso ogni Centro/Presidio sono operanti uno o più referenti per il rischio che si occupano della processazione di I livello delle segnalazioni di incident reporting e dello scambio informativo da e con il RMA. Il Referente Risk condivide con il RMA la responsabilità della diffusione e promozione della cultura della sicurezza tra gli operatori sanitari.

A livello centrale è istituito il Comitato di Valutazione Sinistri con funzioni di valutazione e condivisione con il medico legale della PLV e con il Broker delle strategie di gestione dei sinistri e del contenzioso, comprese le proposte di ristoro del paziente e di definizione stragiudiziale e la costituzione in giudizio.

4. Fonti informative per la sicurezza delle cure

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure utilizza i dati sui rischi e sugli eventi avversi rilevati attraverso fonti informative consolidate nell'Organizzazione:

- Incident reporting
- Segnalazioni di caduta accidentale
- Segnalazione di eventi sentinella – SIMES
- Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza delle cure
- Infezioni correlate all'assistenza
- Emovigilanza
- Farmacovigilanza
- Monitoraggio dei sinistri e reclami URP con rilevanza per il rischio clinico
- Analisi delle cartelle cliniche

Il monitoraggio delle fonti informative in ingresso consente di orientare la programmazione degli interventi correttivi e preventivi in modo coerente con le criticità ed il fabbisogno aziendale.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Di seguito si riporta il dettaglio delle fonti informative che maggiormente influenzano l'azione reattiva e proattiva di gestione e monitoraggio dei rischi con l'indicazione delle principali azioni correttive e di miglioramento implementate (Cfr. 4.5).

4.1. Incident reporting

Dal 2013 è attivo in tutti Centri e Presidi della PLV un sistema di incident reporting per la raccolta strutturata e in forma anonima delle segnalazioni di errore/evento avverso da parte degli operatori che possono avvalersi di una scheda informatizzata e di una piattaforma a ciò dedicate.

I sistemi di reporting sono metodi di gestione del rischio clinico che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso/dell'errore per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti al fine di intervenire con azioni correttive o misure preventive che riducano la probabilità di nuovo accadimento.

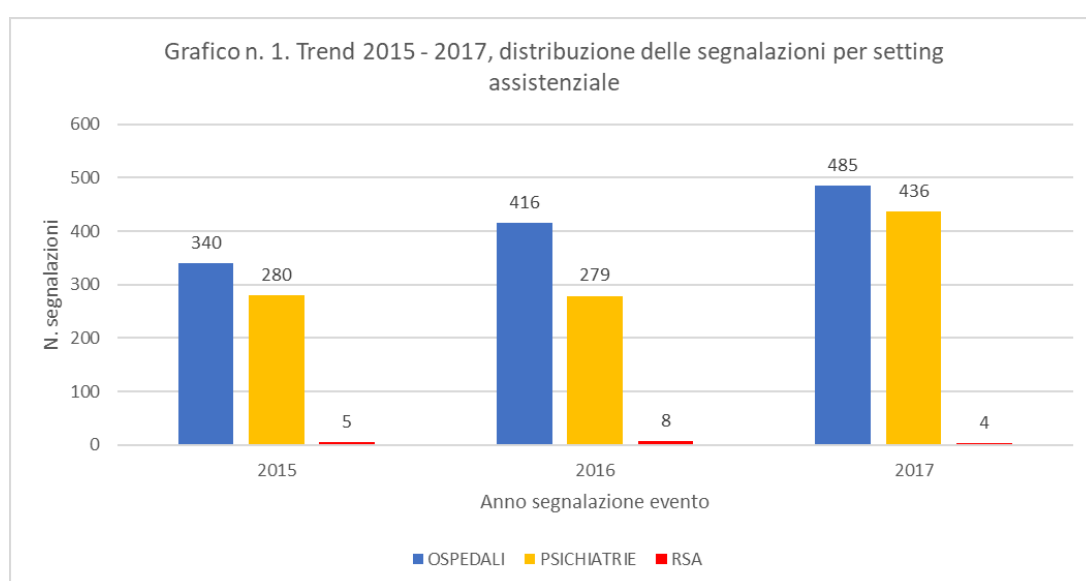
L'avvio di un sistema strutturato di segnalazione dell'errore è importante per impostare una strategia di gestione del rischio sanitario in quanto consente di delineare, a livello qualitativo, il profilo di rischio in azienda (numerosità degli eventi avversi, tipologia e fattori determinanti); coinvolge tutti gli operatori sanitari contribuendo allo sviluppo di una cultura organizzativa sensibile alla prevenzione dell'errore; focalizza l'attenzione anche su eventi che non hanno prodotto un danno ma che evidenziano criticità; permette la standardizzazione degli eventi in categorie e item che possono essere sottoposti ad analisi statistica.

Il fattore critico di successo di questo sistema è rappresentato dalla diffusione in azienda di una cultura *no blame* e dalla capacità di apprendimento dell'Organizzazione.

Un limite intrinseco dei sistemi di reporting and learning, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della "sensibilità" del segnalatore. L'incident reporting, tuttavia, non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni non assumono rilievo per la stima dell'incidenza o della prevalenza degli eventi. Un elevato numero di segnalazioni non indica un minore livello di sicurezza e, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. Si tratta, infatti, di un sistema ad adesione volontaria e spontanea.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Dall'avvio del sistema (iniziato nel 2013/2014, ma a regime in tutti i centri dal 2015) fino al 31 luglio 2018 sono state inserite nella banca dati n. 3380 segnalazioni di errore, evento avverso, near miss ed evento sentinella con un trend complessivo in crescita, mentre la distribuzione delle segnalazioni nelle singole strutture è disomogenea con importanti variabilità. Oltre il 95% delle segnalazioni totali proviene dalle strutture che fanno capo alla rete d'offerta degli ospedali e dei servizi psichiatrici. La diffusione della segnalazione nelle RSA è invece più limitata (cfr. grafico che segue).



Il numero delle segnalazioni notificate sulla piattaforma web nel periodo giugno 2017 – luglio 2018 è stato pari a 1.349 con un trend in crescita delle segnalazioni dalle RSA (8% del totale).

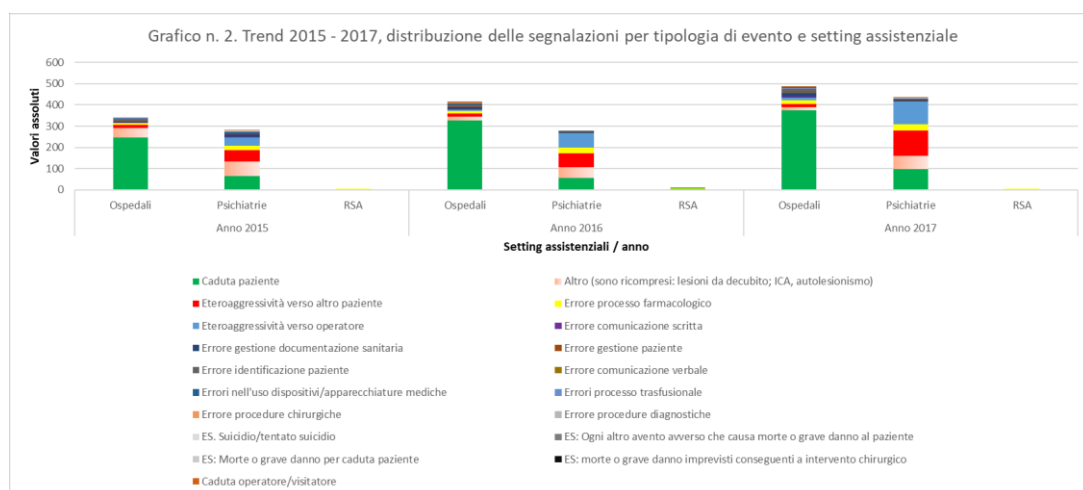
Rapportando il numero assoluto delle segnalazioni con il numero dei ricoveri ($n. \text{ segnalazioni} / n. \text{ ricoveri} * 1000$) si ottiene un indicatore che rappresenta la “densità” di segnalazione e fornisce indicazioni utili rispetto alla diffusione dello strumento in azienda. Nel 2016 il numero delle segnalazioni è stato di 2,3 ogni 1000 ricoveri per gli Ospedali e di 0,8 ogni 1000 ricoveri per le Psichiatrie; nel 2017 il numero è salito a 2,6 e 1,1.

La tipologia di evento maggiormente segnalata in tutte le strutture della PLV è la caduta accidentale con una percentuale sul totale complessivo pari al 52%. Questo dato è rimasto costante nel triennio 2015 – 2017 come evidenziato nel grafico che segue che riporta

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

un'analisi di tendenza della distribuzione delle segnalazioni per tipologia di evento e per setting assistenziale.

Anche nel periodo giugno 2017 – luglio 2018 la caduta accidentale è risultata l'evento più segnalato con una percentuale pari al 57%.



Le altre aree critiche che, unitamente alle cadute accidentale, coprono oltre il 90% delle segnalazioni sono rappresentate da:

- (i) eteroaggressività del paziente verso altro paziente e del paziente verso operatore sanitario (20%);
- (ii) "altro", cui afferisce il rischio infettivo (10%);
- (iii) processo farmacologico (8%);
- (iv) identificazione e gestione del paziente (3%).

L'elevata percentuale di segnalazione di eventi aggressivi è da leggersi in correlazione con la tipologia di pazienti assistiti. Infatti, il 99% di queste segnalazioni proviene dai setting di riabilitazione psichiatrica. La segnalazione di errori del processo farmacologico è in aumento; gli eventi sentinella rappresentano invece l'1% sul totale delle segnalazioni.

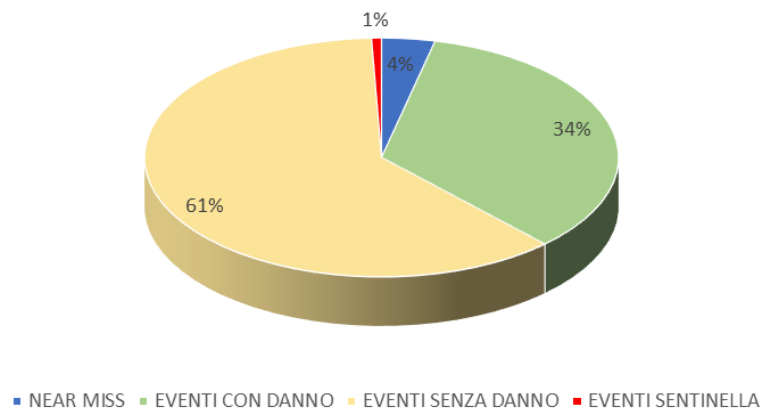
Il riparto di tipologia degli eventi/errori/quasi eventi segnati sulla piattaforma Web nel periodo giugno 2017 – luglio 2018 è sovrapponibile ai dati sopra riportati. Da evidenziare, proprio in questo periodo, l'aumento delle segnalazioni di errori/eventi nel processo

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

farmacologico in conseguenza di una sempre maggiore consapevolezza del valore di apprendimento sotteso all'incident reporting.

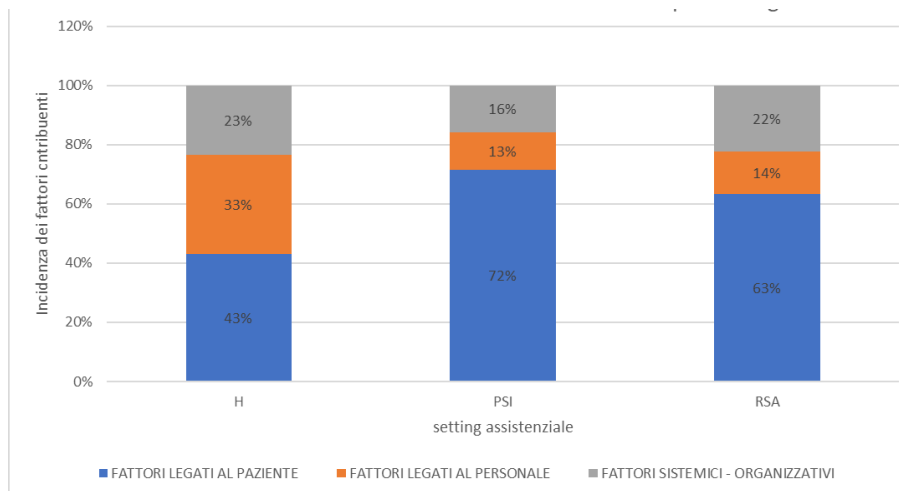
Un ulteriore livello di analisi è rappresentato dagli esiti di danno, minore o maggiore, conseguente ad un evento avverso o ad un errore. Come si evince dal grafico che segue, il 61% degli eventi segnalati non ha prodotto danno alcuno; gli eventi con danno rappresentano invece il 34% del totale; 4% è la percentuale dei near miss.

Anche in questo caso, l'elaborazione dati complessiva è sovrapponibile al dato limitato al periodo giugno 2017 – luglio 2018.

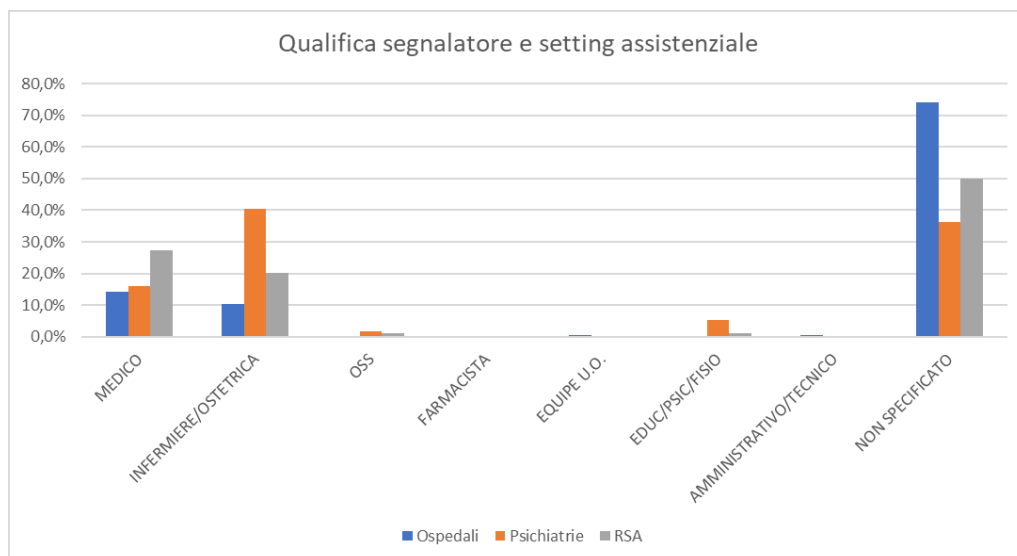


Tutte le segnalazioni sono analizzate dal RMA e dai RR per l'individuazione dei fattori contribuenti. Il grafico che segue evidenzia, invece, la diversa incidenza dei fattori legati al paziente, al personale e sistemico organizzativi nella determinazione dell'evento o dell'errore che è stato segnalato (dati complessivi della PLV). Le azioni correttive decise ed implementate a seguito dell'analisi sono riportate al paragrafo 4.6.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO



Tutti gli operatori sanitari, medici e non medici, sono abilitati all'utilizzo della scheda informatizzata di segnalazione. Il grafico rappresenta la partecipazione delle diverse figure professionali al sistema (dati complessivi PLV).



4.2. Caduta accidentale

Nel periodo giugno 2017 – luglio 2018 sono state segnalate complessivamente n. 771 cadute accidentali (di cui il 46% con scheda caduta dedicata).

In alcuni Centri/Presidi della PLV è in uso una scheda di segnalazione informatizzata specifica per gli eventi di caduta accidentale che coinvolgono i pazienti ricoverati e/o i visitatori. L'uso

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

di una scheda dedicata ha permesso di creare un flusso informativo più completo con riguardo alla dinamica degli eventi, alla correlazione tra fattori di rischio e all'incidenza dell'evento, oltre a consentire un migliore monitoraggio ed evidenza delle azioni correttive predisposte con funzione preventiva. E' attiva una progettualità aziendale per estendere progressivamente la scheda di segnalazione specifica per le cadute a tutti i Centri.

La scheda caduta dedicata inoltre consente un migliore dettaglio degli esiti di danno, rendendo obbligatorio indicare la prognosi e gli eventuali provvedimenti terapeutici ed assistenziali adottati. Nel 90% delle cadute segnalate con l'apposita scheda il paziente non ha riportato alcun esito oppure il danno è stato lieve (prognosi ≤ 3 giorni); il 4% delle cadute ha avuto, invece, un esito di danno medio o severo per il paziente (prognosi ≥ 40 giorni; prolungamento della degenza; trasferimento in PS o altro reparto; invalidità permanente).

Il setting assistenziale dove è stato segnalato il numero maggiore di cadute è quello della riabilitazione fisica e funzionale (42%), seguito dalle RSA (26%) e dalle psichiatrie (24%).

La fascia dei pazienti maggiormente coinvolta è quella tra i 61 e i 75 anni (36%), cui segue quella degli over 76 (33%). Il numero delle cadute accidentali dei pazienti di sesso femminile è pari al 50% rispetto al 49% dei pazienti di sesso maschile (l'1% non è rilevato). Il dato si riferisce alle segnalazioni con scheda dedicata dove la rilevazione del dato anagrafico è stata resa obbligatoria.

Il numero maggiore degli eventi segnalati si verifica nel turno del mattino (42%), seguito dal turno del pomeriggio (33%). Il 25% delle cadute avviene, invece, nel turno di notte. Il dato è sostanzialmente identico se si considerano le sole segnalazioni con scheda dedicata.

I dati delle cadute sono analizzati dalle UGR locali e dal RMA nella reportistica periodica condivisa e messa a disposizione di tutto il personale.

4.3. *Eventi sentinella – SIMES*

La PLV aderisce al monitoraggio degli eventi sentinella attivato dal Ministero della Salute attraverso la piattaforma SIMES.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nel periodo giugno 2017 – luglio 2018, cui fa riferimento la presente relazione, si è verificato un evento sentinella afferente alla categoria di classificazione “Suicidio o tentato suicidio in ospedale”.

L’evento è stato analizzato dal RMA unitamente all’UGR locale e all’equipe dell’UO interessata e sono state proposte/adottate azioni correttive e di miglioramento strutturali ed organizzative per le quali è in corso il monitoraggio.

4.4. Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure

La PLV rileva annualmente lo stato di adesione dei suoi Centri e Presidi alle Raccomandazioni emesse dal Ministero della Salute nell’ambito della creazione di un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore. Le Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella hanno l’obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi e di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori.

Il livello di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali è elevato in molti Centri/Presidi:

- 8/17 raccomandazioni sono state implementate nel 100 % dei Centri/Presidi PLV;
- 5/17 raccomandazioni sono state implementate in oltre il 75% dei Centri/Presidi PLV;
- 2/17 raccomandazioni sono state implementate nel 50% dei Centri/Presidi PLV;
- 2/17 raccomandazioni sono state implementate nel 30% dei Centri/Presidi PLV;

Nel piano aziendale di gestione del rischio è promossa l’attuazione delle raccomandazioni meno diffuse.

4.5. Le azioni correttive e i progetti di miglioramento

Tutti gli eventi segnalati sono analizzati e presi in carico per valutare i correttivi e le azioni preventive da implementare. Le evidenze dell’analisi sono altresì utilizzate come elementi in

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

ingresso per definire gli obiettivi e le linee di indirizzo del Piano Aziendale di Gestione del rischio.

Le principali azioni correttive - adottate a fronte delle criticità rilevate dall'analisi degli eventi avversi segnalati nel periodo cui fa riferimento la relazione - e i progetti di miglioramento attuati o in corso di implementazione sono descritti di seguito.

- Con riguardo specifico alle cadute accidentali

- ❖ Ampliamento della dotazione di letti articolati con variazione dell'altezza del piano di degenza e fornitura di nuove spondine.
- ❖ Revisione in alcuni Centri delle Procedure in uso per la prevenzione delle cadute accidentali.

- Con riguardo agli errori correlati al processo farmacologico

- ❖ Avvio in una RSA dell'utilizzo della scheda unica di terapia in attuazione della Raccomandazione Ministeriale n. 7 sulla prevenzione della morte, coma e grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica.

- Con riguardo all'errata identificazione del paziente

- ❖ Revisione della procedura con riguardo alle modalità di identificazione del paziente prima dei prelievi per i test pre-trasfusionali e prima della trasfusione di sangue ed emocomponenti.
- ❖ Formazione sul campo degli operatori per rafforzare la compliance sulle corrette modalità di identificazione del paziente codificate in procedura.

- Con riguardo all'allontanamento non autorizzato dalla struttura sanitaria del paziente cognitivamente compromesso e/o paziente fragile

E' stata adottata una procedura che definisce (i) le misure organizzative, strutturali e comportamentali per ridurre il rischio di accadimento e (ii) le modalità di gestione in caso di allontanamento del paziente dal luogo di cura con particolare riguardo ai pazienti cognitivamente compromessi e non orientati.

- Con riguardo alla prevenzione della sepsi e delle infezioni correlate all'assistenza

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

E' stato definito ed adottato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il tempestivo riconoscimento e trattamento della sepsi grave in aderenza alle raccomandazioni del *Surviving Sepsis Campaign* dell'OMS in base alle quali una tempestiva identificazione dei pazienti con sepsi e l'impostazione di un trattamento adeguato nell'immediatezza della diagnosi hanno un significativo impatto sulla sopravvivenza e sulla morbilità associata.

Il documento è stato elaborato in ottemperanza al Decreto 7517 del 5 agosto 2013 della Direzione Generale Salute Regione Lombardia *"Approvazione del documento tecnico Strategie Integrate per Ridurre la Mortalità Ospedaliera associata alla Sepsis Grave"* e al Decreto N. 7846 del 29 luglio 2009 *"Prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria"*.

In parallelo è stato attivato il percorso formativo rivolto agli operatori sanitari.

Tra le azioni di miglioramento per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza si evidenzia inoltre:

- ❖ introduzione del bioluminometro per la verifica dell'igiene delle superfici dopo la pulizia e sanitizzazione;
- ❖ predisposizione di report a cura della microbiologia dei microorganismi isolati e relative resistenze antibiotiche su campioni biologici di pazienti ricoverati. L'obiettivo è ottenere una mappatura dell'epidemiologia della popolazione microbica presente in ospedale utile per impostare la terapia antibiotica empirica in attesa del referto definitivo;
- ❖ revisione dei protocolli sugli antisettici e sui disinfettanti;
- ❖ verifica del processo di sterilizzazione con la convalida dei termodisinfettori e della termosaldatrice presso la centrale di sterilizzazione;
- ❖ adozione protocollo per diagnosi microbiologica e gestione della profilassi post-esposizione degli operatori a neisseria meningitidis;
- ❖ monitoraggio dell'adesione degli operatori alla buona pratica dell'igiene delle mani anche attraverso attività di formazione sul campo e misurazione dell'efficacia della

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

buona pratica con apparecchio apposito. In molte UO di degenza ospedaliera sono installati i dosatori di gel idroalcolico ad uso degli operatori sanitari e dei degenti.

- Con riguardo alla gestione dell'emergenza

- ❖ Revisione dell'istruzione operativa sulla gestione dell'emergenza urgenza con predisposizione di un modulo che contiene le specifiche per l'apertura del carrello di emergenza in uso presso la radiologia.
- ❖ Con riguardo alla gestione efficace delle emergenze nel percorso nascita si evidenzia la stesura di un protocollo rapido di gestione dell'eclampsia e la predisposizione di un kit per intervento in caso di attacco eclamptico. Il protocollo è stato condiviso con tutti gli operatori e sono organizzate simulazioni per la gestione dell'emergenza. Questa modalità di gestione è stata inserita sul portale Agenas di raccolta delle buone pratiche implementate nelle aziende sanitarie.
- ❖ E' stato approvato un PDTA per l'utilizzo sistematico della scheda Meows in ambito ostetrico, che consente di individuare rapidamente gli eventuali deterioramenti dei parametri clinici.

- Con riguardo all'area travaglio/parto

L'Ospedale di Erba partecipa attivamente ai progetti di Regione Lombardia sulla segnalazione nel CeDAP dei trigger in ostetricia e ai progetti attivati con l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute con riguardo alla sorveglianza della mortalità materna e perinatale.

- Con riguardo alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

- ❖ E' stato organizzato un corso di autodifesa rivolto al personale del Pronto Soccorso volto ad acquisire competenze per la prevenzione e la gestione degli agiti aggressivi a danno degli operatori.
- ❖ Sono stati proposti agli operatori corsi di formazione sulla gestione dell'aggressività e sulla presa in carico dei pazienti con diagnosi psichiatrica.

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SULLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- ❖ Creazione di un gruppo di lavoro dedicato per la problematica dei comportamenti aggressivi in pazienti affetti da malattia dementigena.

- Con riguardo alla prevenzione dell'ab ingestis

Revisione delle istruzioni operative e delle procedure che regolamentano la conservazione degli alimenti nei setting di riabilitazione psichiatrica con la previsione di una modalità di segregazione degli alimenti più ristretta e la ricerca del coinvolgimento attivo dei familiari e caregivers nel rispetto delle regole e dei comportamenti prescritti in ottica di prevenzione del possibile soffocamento.

- Con riguardo alla sicurezza in sala operatoria

E' stata revisionata la Procedura di check list ed è stata intensificata l'attività di monitoraggio della compliance degli operatori al suo corretto uso attraverso la programmazione di attività di audit e giri per la sicurezza.

Sono stati completati gli interventi strutturali nelle sale operatorie dedicate all'area di ginecologia ed ostetricia.

5. Conclusioni

Uno dei problemi da affrontare nella gestione del rischio clinico è la sovrabbondanza di fonti e di dati che rilasciano una straordinaria quantità di informazioni. La vera sfida è riuscire a mettere a sistema tutte queste fonti per poter disporre di una visione integrata che consenta di classificare e misurare i rischi ragionando in termini di probabilità e gravità. Comprendere il quadro d'insieme permette di dirigere in modo consapevole gli interventi dove sono necessari secondo un ordine di priorità.

L'obiettivo (e la sfida) per i prossimi anni sarà quello di integrare le fonti informative per la sicurezza in un sistema organico e di mappare il rischio clinico nei processi clinico-assistenziali-riabilitativi.