



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

## **RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ANNO 2018**

### **SU EVENTI AVVERSI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

#### **(ESSERE "*SICURI*" NEL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE)**

Le persone assistite in ospedale e i loro familiari spesso non hanno consapevolezza di tutti i rischi collegati al ricovero, ad un intervento chirurgico, ad un'indagine diagnostica, o, almeno, non allo stesso modo con cui più o meno consapevolmente si assumono i rischi insiti nell'intraprendere un viaggio in aereo, in treno o su un autobus.

Quasi quotidianamente la stampa diffonde notizie allarmanti su eventi di "malasanità" e tale comportamento contribuisce a generare incertezza e sfiducia nel sistema sanitario oltre che far intravedere, a volte in modo ingannevole, la possibilità di ottenere facili risarcimenti economici per i presunti danni subiti.

Si rende allora necessario far chiarezza su alcuni aspetti legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di informare i cittadini in modo trasparente al fine di coinvolgere i pazienti e chi li assiste nel diventare nostri alleati nella promozione della sicurezza delle cure adottando durante il ricovero comportamenti che prevengono gli errori attraverso la conoscenza di alcuni fattori di rischio.

Ad esempio, nella attività di promozione di azioni per la prevenzione delle cadute che viene fatta dal personale sanitario nella fase di accoglienza in reparto, si sconsigliano pantofole o ciabatte aperte e se il paziente è stato valutato a rischio si consegna uno specifico opuscolo che raccoglie una serie di utili consigli che si chiede di osservare, oppure si chiede la collaborazione del paziente in più occasioni quando gli si chiede di ripetere il proprio nome, cognome e data di nascita o gli viene posizionato un braccialetto identificativo per evitare errori durante la somministrazione di farmaci o l'esecuzione di esami di diagnostica.

Si introduce volutamente il termine di errore in quanto i cosiddetti *eventi avversi* sono tutti gli eventi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili: se un evento avverso è attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

E' indispensabile che, se il paziente ha dei dubbi o delle preoccupazioni, chieda spiegazioni agli Operatori Sanitari, faccia conoscere le proprie abitudini, prenda nota delle indicazioni dei sanitari e porti tutta la documentazione attestante il suo stato di salute, faccia conoscere i farmaci ed altre sostanze che assume (integratori, omeopatici, ecc.), le allergie note e sia protagonista del suo

percorso di cura per contribuire a ricevere e gestire in modo più sicuro le terapie e le scelte che riguardano la sua salute.

Le organizzazioni sanitarie, gli ospedali, le camere operatorie, gli ambulatori, la sala parto, sono ambienti in cui vengono svolte molteplici attività anche molto complesse e per questo, spesso, vengono comparati, anche per il livello di rischio a cui si va incontro, alle cabine di volo. Il fine principale dell'attività sanitaria rimane comunque il miglioramento dello stato di salute del paziente o il mantenimento dello stesso livello, ove possibile, unitamente però all'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di errori.

Da anni il sistema sanitario nazionale e regionale ha individuato una funzione ad hoc nelle strutture sanitarie pubbliche e private: il Risk Manager che ha il compito principale di vigilare sui processi sanitari e attivarsi per ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili oltre che minimizzare l'impatto del loro danno in caso si manifestino identificando con gli operatori le barriere più efficaci e sostenibili da introdurre stabilmente nell'organizzazione per evitare il ripetersi di tali errori. Allo stesso modo viene sostenuta l'attività di mediazione dei conflitti al fine di chiarire la dinamica degli accadimenti, ristabilire una comunicazione difficoltosa tra le parti, diminuire la probabilità che siano intraprese azioni legali contenendo, ove possibile, le conseguenze economiche.

Anche nella ASST Lariana è attiva la funzione del Risk Manager che, annualmente, sulla base delle analisi dei dati emersi dal contesto aziendale messi a confronto con i dati di letteratura e sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia, redige un piano per la gestione e la prevenzione dei rischi, in cui sono individuate le aree prioritarie su cui intervenire, sia in termini di formazione rivolta agli operatori che di concrete azioni organizzative tese a sostenere il miglioramento continuo e la sicurezza delle cure.

**Le attività di prevenzione riferite all'anno 2018 sono state rivolte principalmente alle seguenti aree tematiche:**

- **TRAVAGLIO-PARTO**
- **INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – SEPSI**
- **SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA**
- **RISCHIO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI**

- **AREA TRAVAGLIO-PARTO**

**Proseguizione del progetto Trigger.**

- a. Nell'anno 2018 è proseguita come formazione sul campo l'attività del Gruppo di lavoro interdisciplinare composto da n.9 professionisti, attivato in data 26.5.2016, per l'implementazione della corretta rilevazione e analisi degli eventi critici –Trigger presso il punto nascita in collaborazione con i medici, personale ostetrico e infermieristico dell'Ostetricia e Neonatologia. Nello specifico il personale dell'area travaglio/parto ha migliorato e consolidato il processo di individuazione e segnalazione dei trigger online. Sono stati segnalati n. 50 eventi

trigger opportunamente analizzati nell'ambito di incontri specifici programmati (9 aprile, 14 giugno, 8 ottobre e 3 dicembre). Si è provveduto inoltre ad effettuare un benchmarking con i dati regionali e un focus con i dati dei sinistri. Le tipologie di trigger più rilevanti sono state oggetto di simulazione nell'ambito del progetto formativo pratico esperienziale PROMT attivo dal 2013 che si avvale di un'équipe multidisciplinare di istruttori che gestiscono sessioni ripetute di training sulla gestione delle principali emergenze in sala parto con l'uso di un manichino. I trigger di particolare rilevanza sono stati oggetto di audit clinici.

### **Prosecuzione della collaborazione all'attuazione dei 3 progetti attivati con ISS-Ministero della Salute :**

- 1) "Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza": è proseguita l'attività di monitoraggio e segnalazione dei casi nel portale regionale dedicato.
- 2) "Sorveglianza della mortalità materna" è proseguita l'attività di monitoraggio, segnalazione e raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna da parte dei referenti dei Punti Nascita. Nell'anno 2018 non si sono verificati eventi.
- 3) "Sorveglianza della mortalità perinatale" è proseguita l'attività di segnalazione e raccolta prospettica di tutti i casi di morte tardiva in utero e della mortalità neonatale precoce per raccogliere informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili. Nello specifico è stato segnalato e discusso in team multidisciplinare l'unico caso occorso di morte neonatale precoce dopo taglio cesareo eseguito a 25 settimane per eclampsia severa con ritardo di crescita.

E' stato inserito nel PFA 2018 ed attuato in data 16.10.2018 (n.15 partecipanti di varie professionalità) l'evento formativo dal titolo "La gestione del rischio in sala parto: Sistemi di allerta precoce in Ostetricia", gestito dagli operatori che hanno partecipato alla formazione specificatamente organizzata presso Eupolis nell'anno 2016.

## **2) Infezioni – SEPSI**

Nell'ambito del percorso per la "**Lotta alla Sepsì**" iniziato da alcuni anni, nel 2018 è proseguito l'impegno Aziendale volto a favorire la precisa e tempestiva identificazione del paziente con sepsi. Viene effettuato il controllo di tutti i pazienti che accedono al PS (sia del Presidio Ospedaliero Sant'Anna che di quello di Cantù) con una diagnosi di *Sepsì* o *Shock settico*. La valutazione del personale dell'Ufficio Epidemiologico prevede l'analisi (secondo quanto stabilito dalle Linee Guida ed Evidenze scientifiche in materia) ed il controllo dell'attuazione di tutte le azioni previste, nei tempi stabiliti, con lo scopo di effettuare un'intercettazione precoce ed attenta della patologia settica e l'immediata introduzione della terapia antibiotica.

Sulla scorta del protocollo regionale in tema di sepsi si è provveduto alla condivisione del documento nell'ambito di un incontro dedicato e successivamente alla predisposizione di una bozza di un'aspecifica procedura in fase di condivisione tra i professionisti dell'UOC Ostetricia e Ginecologia e UOC Anestesia e Rianimazione 1 –PO Como.

E' stata introdotta la scheda "Modified Early Obstetric Warning Score" (MEOWS) per l'identificazione precoce dei quadri di Sepsì e Shock settico e per il monitoraggio dei parametri per

tutte le pazienti ostetriche che accedono al PS ostetrico o ricoverate in reparto e per le pazienti in puerperio.

### **Infezioni ed esiti correlati alle pratiche assistenziali**

In attuazione del progetto regionale InfOSP nei Presidi di ASST dall'anno 2004 nel 2018 è proseguita la sorveglianza epidemiologica dei microrganismi sentinella. Sono stati programmati incontri con diverse UU.OO. dei Presidi dell'ASST Lariana per condividere i dati dell'ecosistema microbiologico (riferito agli agenti sentinella) e i dati di infezioni nosocomiali analizzando con il personale (sia medico che infermieristico) i dati microbiologici elaborati, la loro epidemiologia (se comunitaria, nosocomiale o colonizzazione) e le azioni intraprese.

Le UU.OO. che sono state coinvolte nella restituzione dei dati sono:

Presidio Sant'Anna in San Fermo:

- Riabilitazione
- Rianimazione
- Geriatria e Sub Acuti
- Medicina
- Chirurgia Generale

Presidio Sant'Antonio in Cantù:

- Multidisciplinare
- Riabilitazione
- Medicina e Sub Acuti

Presidio F.Villa in Mariano Comense:

- Riabilitazione

### **Controlli ambientali post sperimentazione Metodo UVC - THOR**

La sanificazione ambientale rappresenta il secondo momento fondamentale di prevenzione delle infezioni nosocomiali. Nel corso del 2018 è stata sperimentata una metodica di sanificazione ambientale, particolarmente adatta per ambienti ad alto rischio (camere operatorie, terapie intensive), che ha dimostrato, attraverso campionature ambientali, elevata efficacia nell'abbattere e, talora, azzerare, la carica microbica ambientale (arredi, apparecchiature, ecc)

Tali attività si sono rese possibili grazie anche al contributo del personale della Microbiologia.

Nello specifico tale studio può rientrare nell'ampio progetto aziendale relativo alla sicurezza in S.O.

### **Attività controllo isolamento**

In stretta collaborazione con il personale di Microbiologia, che effettua la segnalazione degli Agenti Sentinella all'Ufficio Epidemiologico, ogniqualvolta si riscontra la presenza di microorganismi in materiale biologico, vengono intraprese, come avviene da alcuni anni, le seguenti azioni:

- Comunicazione all'U.O. interessata
- Indicazioni di isolamento e/o di adesione alle Precauzioni Aggiuntive (da droplet, da contatto o aeree) a seconda della sede in cui è stato isolato il Germe MDR.

Tale attività include (attraverso l'applicazione della cartellonistica idonea, nonché le indagini epidemiologiche ed il conseguente controllo) tutti gli operatori, di qualsiasi profilo, che entrano in contatto con il paziente portatore di germe MDR.

Indagine di prevalenza e monitoraggio sulle lesioni da pressione in tutte le UU.OO. dei PO dell'ASST Lariana

Sono stati esaminati complessivamente n. 508 pazienti di questi n.82 portatori di lesioni da pressione che sono risultate in totale n.145. Le UU.OO. oggetto di monitoraggio sono state n.10 a San Fermo, n.5 a Cantù, n.2 a Mariano C..

L'indagine ha evidenziato che il 62% delle lesioni interessavano l'UO di Geriatria sulla quale quindi sono stati avviati interventi per ridimensionare il fenomeno.

Nello specifico si è proceduto a:

1. Riorganizzare il reparto
2. Introdurre panni umidificati monouso per l'igiene
3. Stipulare una convenzione con una cooperativa di OSS per aumentare l'organico.

Dopo 6 mesi l'indagine è stata ripetuta ed è stato osservato un netto miglioramento riscontrando un dimezzamento pari al 30% delle lesioni.

### 3) Sicurezza del paziente in sala operatoria

E' proseguita l'attività di verifica dell'effettiva applicazione della check list per la sicurezza in sala operatoria su un campione totale di n. 200 cartelle di pazienti ricoverati nel periodo gennaio-dicembre anno 2018 presso l'ASST Lariana.

Nello specifico sono state analizzate:

n. **140** cartelle cliniche di specialità chirurgiche e n. **20** dell'UOSD Cardiologia e Laboratorio di Emodinamica presso il Presidio Ospedaliero di San Fermo della Battaglia

n. **40** cartelle cliniche di specialità chirurgiche presso il Presidio Ospedaliero Cantù/Mariano.

Per ogni cartella è stata valutata la presenza/assenza della check list e la completezza nella compilazione.

Dall'analisi effettuata nel Presidio Ospedaliero di San Fermo della Battaglia emerge quanto segue:

- nel **90%** dei casi la check list di sala operatoria risulta **correttamente compilata** in ogni sua parte.
- nel **10%** dei casi la check list di sala operatoria risulta **incompleta nella compilazione**.
- **in nessun caso** la check list di sala operatoria risulta **non compilata**.

La valutazione delle check list per l'Unità Operativa Dipartimentale Cardiologia e Laboratorio di Emodinamica è stata effettuata separatamente dalle altre Unità Operative. Dalla rilevazione emerge una percentuale di compilazione corretta pari a **90%**.

Dall'analisi effettuata nel Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate di Cantù emerge quanto segue:

- nel **100%** dei casi la check list di sala operatoria risulta **correttamente compilata** in ogni sua parte.

- **in nessun caso** la check list di sala operatoria risulta **incompleta nella compilazione**.
- 1. **in nessun caso** la check list di sala operatoria è risultata mancante in quanto **non compilata**.

Nelle diverse specialità chirurgiche si apprezza una maggiore omogeneità (rispetto al presidio di San Fermo della Battaglia) nella percentuale di check list correttamente compilate.

E' proseguita l'attività di verifica dell'effettiva applicazione della Raccomandazione ministeriale n.2 Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico (PO.000.14 "Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico") su un n. totale di **260** cartelle cliniche, relative a pazienti sottoposti ad intervento chirurgico nel periodo Gennaio-Dicembre 2018 presso Unità Operative Chirurgiche dei Presidi Ospedalieri di San Fermo della Battaglia e di Cantù.

Nello specifico è stata valutata:

1. Presenza della scheda all'interno della cartella ed avvenuta compilazione
2. Completezza nella compilazione laddove presente la scheda
3. Corretta identificazione delle schede associate ad interventi per i quali non si prevede conteggio  
→ la scheda deve essere barrata con la dicitura "non previsto".

Sono state prese in considerazione n.**220** cartelle cliniche presso il PO di San Fermo della Battaglia e n.**40** cartelle cliniche presso il Presidio Ospedaliero di Sant'Antonio Abate – Cantù, suddivise per specialità chirurgica come descritto in Tabella1 e Tabella 2.

Dall'analisi effettuata, la scheda è risultata correttamente compilata in ogni sua parte (o comunque correttamente segnalata come "non prevista") nel **64%** dei casi per il PO di San Fermo della Battaglia, e nel **87,5%** dei casi per il PO di Cantù. I dati ottenuti per singola specialità chirurgica sono sintetizzati in tabella 3.

### **Gestione opercoli ossei NCH**

Di concerto con il Neurochirurgo, il personale di sala operatoria, l'ufficio epidemiologico e la Struttura semplice di microbiologia è stata elaborata una procedura specifica di gestione degli opercoli ossei, da attuarsi all'interno del comparto operatorio, che definisce la corretta manipolazione e campionatura microbiologica degli stessi (da intervento di Neurochirurgia), prima dell'invio alla banca dell'osso.

**a) Profilassi antibiotica in chirurgia:** è stato revisionato dagli Specialisti Infettivologi e approvato dal CIO il documento aziendale **LG.CIO.01 Linee Guida per la gestione della Profilassi Antibiotica in Chirurgia:** l'aggiornamento è stato reso necessario dalla pubblicazione delle Linee Guida OMS 2016 che hanno modificato i tempi di somministrazione in base alla molecola di antibiotico utilizzata. E' stata introdotta una tabella di modifica della parte generale (relativa ai tempi di somministrazione), mentre le schede relative alle singole discipline risultano immutate.

**b) Dress code ed igiene delle mani** : è proseguito il programma di osservazione "igiene mani" nelle differenti UU.OO. di tutti i Presidi di ASST Lariana.

Sono state altresì realizzate attività di monitoraggio dell'igienizzazione mediante specifico strumento che permette di evidenziare le parti delle mani non raggiunte dal gel idroalcolico. Tale metodo, che ha avuto valenza sperimentale, permette di valutare nell'immediatezza la corretta pratica di igienizzazione delle mani e porre i correttivi laddove necessario.

I momenti di osservazione, nelle differenti realtà operative, hanno permesso di effettuare proficui scambi in merito alla prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA), con attenzione rivolta all'adesione a Protocolli, Procedure e Istruzioni Operative specifici.

In occasione della "Giornata Mondiale Igiene Mani (OMS 5 maggio)" si sono realizzati due distinti momenti di formazione/informazione rivolti agli operatori e alla popolazione, sull'argomento.

#### **CONVEGNO "Gestione Multidisciplinare della sepsi: quando gli specialisti fanno squadra"**

In data 13 aprile 2018 si è svolto il Convegno organizzato dall'Ufficio Epidemiologico. La giornata ha previsto la partecipazione di docenti esterni ad ASST nella mattina, mentre il pomeriggio ha visto impegnato personale medico dell'Azienda, con la presentazione di interessanti casi clinici. L'adesione a tale evento è stata notevole, con presenza di figure multi professionali.

**c) Analisi del percorso dello strumentario chirurgico, tracciabilità e relativo processo di sterilizzazione** : in condivisione con il personale sanitario della centrale di sterilizzazione è stata revisionata ed aggiornata la documentazione attualmente disponibile e si è provveduto alla redazione di ulteriori documenti al fine di sistematizzare l'intero percorso. Si è provveduto inoltre a diffondere e sensibilizzare gli operatori interessati.

Nello specifico si elencano i 17 documenti **inerenti la Centrale di Sterilizzazione**

- IO.PO.CS.01.01 "Decontaminazione dispositivi medici presso il Blocco Operatorio e la Sala Parto" - Revisione 4 del 12.12.18
- IO.PO.CS.01.03 "Pre-trattamento strumentari in Ultrasuoni" - Revisione 3 del 11.12.18
- IO.PO.CS.01.08 "Trattamento endoscopi flessibili" - Revisione 0 del 23.7.18
- IO.PO.CS.01.09 "Preparazione Strumenti-DM alle procedure di lavaggio" – Revisione 1 11.12.18
- IO.PO.CS.01.10 "Trattamento Video-Broncoscopio" – Revisione 1 del 12.12.18
- IO.PO.CS.01.11 "Trattamento broncoscopi flessibili" - Revisione 0 del 23.7.18
- IO.PO.CS.02.01 "Controllo, manutenzione, selezione e riassettaggio dei dispositivi medici" - Revisione 2 del 12.1.18
- IO.PO.CS.02.02 "Confezionamento SET CHIRURGICI in CONTAINER" - Revisione 2 del 12.1.18
- IO.PO.CS.02.03 "Confezionamento strumentario chirurgico in TNT Mono Strato" - Revisione 2 del 12.1.18
- IO.PO.CS.02.04 "Confezionamento strumenti/presidi busta singola/doppia in accoppiato carta-polipropilene" - Revisione 2 del 12.1.18
- IO.PO.CS.02.05 "Confezionamento strumenti/presidi in busta singola/doppia in TYVEK" - Revisione 2 del 12.1.18
- IO.PO.CS.03.01 VUOTO TEST "Test di tenuta della camera o prova della perdita del vuoto"- Revisione 2 del 23.7.18
- IO.PO.CS.03.02 "Test di Bowie-Dick - prova di penetrazione del vapore con metodo indiretto" - Revisione 2 del 23.7.18
- IO.PO.CS.03.03 "Prove biologiche autoclavi a vapore" - Revisione 2 del 23.7.18



- IO.PO.CS.03.08 "Ciclo riscaldamento - camera di sterilizzazione" - Revisione 1 del 23.7.18
- IO.PO.CS.03.09 "Ciclo riscaldamento - camera di sterilizzazione" - Revisione 1 del 23.7.18
- IO.PO.CS.03.10 "Prova biologiche gas plasma" - Revisione 2 del 23.7.18

#### 4) Rischio nell'utilizzo di farmaci

- a. Come pianificato è stato realizzato il Corso FAD avanzato di farmacovigilanza "Interazioni farmacologiche nella politerapia" predisposto, nei contenuti, dai farmacisti dell'UOC Farmacia Ospedaliera e messo a disposizione del personale sanitario di ASST Lariana a partire dal 1 ottobre 2018. Il corso, che ha visto la partecipazione di n. 436 operatori, ha approfondito gli aspetti riguardanti la politerapia nel paziente anziano ed il conseguente aumentato rischio di incidenza di reazioni avverse a farmaci nonché le reazioni avverse a farmaci da medicine complementari. Sono state presentate inoltre le nuove modalità di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaco tramite la piattaforma web Vigifarmaco (AIFA) e il progetto di farmacovigilanza attiva MEREAFaPS 5.0 recentemente avviato da Regione Lombardia. Infine sono stati presentati casi clinici su pazienti anziani in politerapia. L'obiettivo previsto è stato raggiunto in quanto oltre a facilitare i percorsi attraverso i quali identificare possibili reazioni ai farmaci è stato rilevato un incremento delle segnalazioni di ADR : nell'anno 2018 sono state n. 114, mentre nell'anno 2017 sono state 73 (+ 41 segnalazioni).
- b. Sono stati effettuati controlli per verificare l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.17 "Riconciliazione della terapia farmacologica". Nello specifico sono state controllate n. 649 cartelle cliniche di cui n. 610 presentavano correttamente riportata la riconciliazione farmacologica all'ingresso e sulla lettera di dimissione (circa 94%).
- c. Riguardo all'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.14 "Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici": sono state coinvolte varie UU.OO. dell'area oncologica che hanno applicato le procedure emesse e condivise. Le segnalazioni di ADR inserite in piattaforma relative a farmaci oncologici (ATC L) sono state 18. N. 1 segnalazione è correlabile a cardiotossicità e vede coinvolti i farmaci pertuzumab e trastuzumab. La tossicità ha portato ad una frazione di eiezione ridotta.
- d. La procedura sulle **"Modalità di gestione dei farmaci, dispositivi medici ed altro materiale sanitario presso i presidi territoriali, i consultori, i servizi ADI e le postazioni di continuità assistenziale"** al paragrafo 5.6 prevede ispezioni da parte dell'UOC Farmacia Ospedaliera. In data 29 marzo 2018 ATS ha inviato una nota nella quale chiarisce che sarà cura di ATS stessa compiere controlli presso le postazioni di continuità assistenziale sulla gestione dei farmaci. Alla luce di quanto sopra comunicato, ASST non ha effettuato alcun controllo nell'anno 2018, e nell'anno 2019 modificherà in tal senso la procedura in essere.

#### 5) Le Sostanze d'abuso nei giovani

E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare nell'ambito del quale promuovere attività, eventi formativi e realizzare un nuovo modello organizzativo per favorire una gestione integrata della problematica oltre che rivisitare e aggiornare le capacità analitico-tossicologiche in urgenza – emergenza date le difficoltà di identificazione delle nuove sostanze.



E' stato elaborato un progetto specifico che proseguirà nel 2019 con tutti i referenti delle strutture aziendali interessate e con la collaborazione con il Centro Antiveleni di Pavia per la ricerca di NSP da parte del Laboratorio di Tossicologia dell'ASST Lariana in tutti i soggetti della fascia adolescenziale e giovani adulti che accedono in PS con quadro sospetto. E' stato organizzato un convegno dedicato

"ASPETTI MEDICO-LEGALI E SOCIALI TRA VECCHIE E NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE" al quale hanno partecipato n.109 persone.

## 6) Responsabilità sanitaria e Linee Guida

E' proseguita l'attività di monitoraggio della documentazione sanitaria, in particolare lettera di dimissione e SDO, allo scopo di evidenziare che siano correttamente documentate le infezioni, in particolare da germi resistenti, occorsi durante il ricovero.

E' proseguita l'attività di redazione/revisione/aggiornamento di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative, PDT/PDTA relativi ai processi sanitari interni a maggiore impatto anche sulla base delle Linee Guida emesse dal Ministero della Salute, in coerenza con le normative vigenti e le evidenze scientifiche derivate dalla letteratura scientifica.

Alla data del 31/12 risultano complessivamente:

**N. 32 documenti di prima emissione** (n. 17 Procedure operative aziendali, n. 6 Procedure operative di presidio, n. 3 Istruzioni operative aziendali, n. 2 Istruzioni operative di presidio, n. 2 PDT, n. 2 Istruzioni operative della Centrale di Sterilizzazione)

**N. 30 documenti revisionati:** (n. 11 Procedure operative aziendali, n. 2 Procedure operative di Presidio n. 15 Istruzioni operative della Centrale di Sterilizzazione, n. 2 Procedure generali).

Sono stati inoltre approvati n.6 Documenti di organizzazione.

Nello specifico sono state redatte/revisionate/aggiornate n. 8 documenti correlati alle raccomandazioni ministeriali.

Inoltre sono stati revisionati e aggiornati i seguenti documenti aziendali correlati al CIO:

1. PO.CIO.04 -> Norme comportamentali per le zone ad alto rischio ad accesso regolamentato
2. PO.CIO.05 -> Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico nel post chirurgico
3. PO.CIO.07 -> Prevenzione della diffusione della scabbia in ambito ospedaliero
4. PO.CIO.10 -> Isolamento dei pazienti infetti/colonizzati da enterobatteri produttori di carbapenemasi
5. PO.CIO.11 -> Misure di isolamento: gestione pazienti portatori di germi multi resistenti
6. IO.CIO.01 -> Lavaggio sociale ed antisettico delle mani
7. IO.CIO.03 -> Precauzioni Standard
8. PR.CIO.03 -> Pulizia e disinfezione di strumenti endoscopici flessibili
9. PR.CIO.07 -> Prevenzione e controllo della legionellosi nei presidi periferici
10. PR.CIO.09 -> Diagnosi precoce e trattamento delle sepsi

E' stato redatto il PDTA 000 07 "Gestione del paziente con sepsi o shock settico".

Sono stati approvati e pubblicati i seguenti PDTA:

" Gestione del paziente con frattura di femore over65 anni" PDTA 000 15 rev.0

## 7) Migliorare la Comunicazione

Sono state realizzate varie attività in tema di comunicazione:

### **Abuso sostanze nei giovani**

#### **Gestione pazienti cronici:**

- Opuscolo Centro Servizi ASST Lariana
- Aggiornamento continuo informazioni su sezione dedicata del sito web aziendale
- Momenti informativi sul territorio per la cittadinanza

### **Eventi sulla prevenzione delle cadute (Eventi nelle aree territoriali)**

#### **Campagna di promozione dell'igiene mani**

#### **Corretto uso antibiotici**

#### **Vaccinazioni:**

- Campagna influenzale (interna aziendale ed esterna, ai cittadini)
- Adempimenti obbligo vaccinale 0-16
- Aggiornamento sezioni dedicate su sito web aziendale
- Implementazione moduli interattivi di richiesta certificazioni online
- Opuscoli informativi scaricabili

#### **Emergenze in sala parto:**

- Promozione delle misure di sicurezza all'interno dell'équipe presente in sala parto

#### **Pacchetto di trasmissioni su Espansione tv:**

- Acquisto di 8 spazi da 12 minuti della trasmissione Angoli

Altre iniziative di informazione e prevenzione: Obesity day, Giornata Mondiale del Rene, Giornata sull'Ipertensione, Oral Cancer Day, ecc ecc.

## 8) Ascolto e Mediazione dei conflitti

Nel 2018 sono stati trattati **11 casi**, gli **incontri** effettuati sono stati **23** di cui 17 **ascolti** e 6 **incontri congiunti di mediazione**. Nessuno di questi casi corrisponde alla tipologia 3. Come pianificato è stata revisionata la procedura di gestione reclami.

## 9) Monitoraggi

a. E' proseguita l'attività di raccolta di **eventi avversi/errori** come incident reporting:

nello specifico pervenute n. 109 segnalazioni di cui n.4 eventi sentinella, n. 32 eventi avversi, n.60 near miss e n.13 classificati come altro.

Gli eventi sentinella occorsi nell'anno 2018, pari a n.4, sono stati correttamente inseriti nella piattaforma SIMES (Monitoraggio errori in sanità) per l'aggiornamento continuo delle segnalazioni degli eventi sentinella, coerentemente alle indicazioni nazionali e regionali e in conformità alla procedura aziendale.

Complessivamente sono stati effettuati n. 21 audit con rispettivi piani di miglioramento.

E' proseguita l'attività di rilevazione segnalazioni cadute con "registro cadute" aziendali: sono state registrate n. 426 segnalazioni di cadute di queste n. 1 decesso classificato come evento sentinella e n. 9 fratture di queste n. 6 con prognosi di grado severo, n.3 di grado grave.

Per la presentazione e pubblicazione dei dati semestrali e annuali sono state rispettate attività e tempistiche previste dalle procedure aziendali di riferimento (pubblicazione su pagina INTRANET).

- b. **Trigger Materni e fetali (Flusso Cedap):** è proseguita la segnalazione eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico
- c. **Raccomandazioni Ministeriali (Agenas):** è proseguita l'attività di monitoraggio on line del livello di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nel contesto aziendale. Sono stati effettuati controlli specifici presso le UU.OO. aziendali.
- d. **Richieste di Risarcimento (DB Regionale Sinistri)** L'Analisi, la presentazione e pubblicazione dei dati di sinistrosità aziendale e dei dati di Benchmarking del Sistema Sanitario Regionale - Indicatori di Performance sono stati trasmessi alle scadenze previste.

Le riserve sono state valutate e aggiornate in linea con le disposizioni regionali

### **Gruppo Aziendale Dedicato per la prevenzione delle cadute dei pazienti e visitatori (GAD Cadute)**

Nel mese di agosto, con apposita check, è stata effettuata la valutazione periodica del rischio di caduta/sicurezza ambientale che nell'anno 2018 ha riguardato le UU.OO. del Presidio ospedaliero S. Anna di San Fermo della Battaglia e precisamente:

- Area chirurgica e week Surgery;
- Day Hospital medico;
- CRM;
- Ostetricia;
- Riabilitazione Neurologica.

Per quanto riguarda il Presidio ospedaliero Sant'Antonio Abate e Mariano Comense:

- Unità Operativa di Riabilitazione;
- Chirurgia multidisciplinare;
- Centro PMA;
- Ambulatori, Poliambulatorio Cardiologia.

E' stato effettuato, come previsto dalla procedura aziendale P.O.000.47, un monitoraggio semestrale dell'implementazione della scheda di valutazione del rischio di caduta e dell'opuscolo informativo per pazienti – adulti e bambini - e caregiver su un n. totale di 140 cartelle cliniche di pazienti ricoverati presso il PO di San Fermo della Battaglia nelle seguenti UU.OO.:

- 20 cartelle cliniche U.O. Riabilitazione Neurologica
- 20 cartelle cliniche U.O. Geriatria
- 20 cartelle cliniche U.O. Cardiologia
- 20 cartelle cliniche U.O. Sub acuti
- 20 cartelle cliniche U.O. Medicina

- 20 cartelle cliniche U.O. Pneumologia

su un n. totale di 20 cartelle cliniche di pazienti ricoverati presso il PO di Cantù nelle seguenti UU.OO.:

- 20 cartelle cliniche Unità Operativa di Medicina

E' stata inoltre effettuata l'analisi semestrale delle segnalazioni ed eventi caduta con modalità e tempi pianificati. I risultati annuali verranno pubblicati sulla pagina intranet.

E' proseguito l'utilizzo della "Scheda di pianificazione per la prevenzione delle cadute" dato il tasso elevato di cadute per la specifica tipologia di paziente nell'UO di Riabilitazione I di Mariano C.se con risultati soddisfacenti.

E' proseguita nel 2018 l'applicazione della scala Humpty Dumpty in Pediatria: sono state verificate n. 40 cartelle cliniche totali per L'ASST Lariana. Dall'analisi effettuata emerge che:

### **Presidio San Fermo**

- nel **97%** delle cartelle analizzate presso l'Unità operativa di Pediatria del Presidio di San Fermo della Battaglia la scala di Humpty Dumpty è stata compilata e quindi è stato soddisfatto l'indicatore numero 2. Il valore minimo di soddisfazione era del 80%.
- il **75%** dei soggetti a rischio caduta ha ricevuto l'opuscolo informativo, quindi l'indicatore numero 3 è stato soddisfatto. Il valore minimo di soddisfazione era del 75%.

### **Presidio Sant'Antonio Abate**

- nel **100%** delle cartelle analizzate presso l'Unità operativa di Pediatria del Presidio Sant'Antonio Abate di Cantù la scala di Humpty Dumpty è stata compilata e quindi è stato soddisfatto l'indicatore numero 2. Il valore minimo di soddisfazione era del 80%.
- l'**85%** dei soggetti a rischio caduta ha ricevuto l'opuscolo informativo, quindi l'indicatore numero 3 è stato soddisfatto. Il valore minimo di soddisfazione era del 75%.

Sono state revisionate e aggiornate la procedura e l'istruzione operativa sulla segnalazione e gestione delle cadute dei pazienti e visitatori.

### **Trasparenza dati**

In conformità con la Legge 24/2017 si è provveduto entro il 31 marzo 2018 alla pubblicazione sul sito internet dell'ASST Lariana di:

- una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno dell'ASST Lariana, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto
- importo dei Risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

### **Network ed eventi formativi**

E' stata assicurata la partecipazione ai 4 Network e agli altri eventi formativi organizzati in tema di gestione del rischio e del contenzioso.

#### **10) Progetti specifici**

I progetti specifici realizzati nell'anno 2018 sono:

**"Sicurezza in sala operatoria secondo un approccio orientato ad una logica di sistema",  
"Parliamo di sostanze d'abuso nei giovani : attivazione della rete invisibile"**

#### **11) Elenco eventi formativi**

Sono stati realizzati n. 24 eventi formativi correlati alla tematica del risk management inseriti nel

Piano Formazione Aziendale 2018 (deliberazione n° 96 del 29/01/2018)

Documento redatto da:

drssa Anna Sannino  
Direttore UOC Miglioramento Qualità  
e Risk Management  
ASST Lariana