



Sistema Socio Sanitario

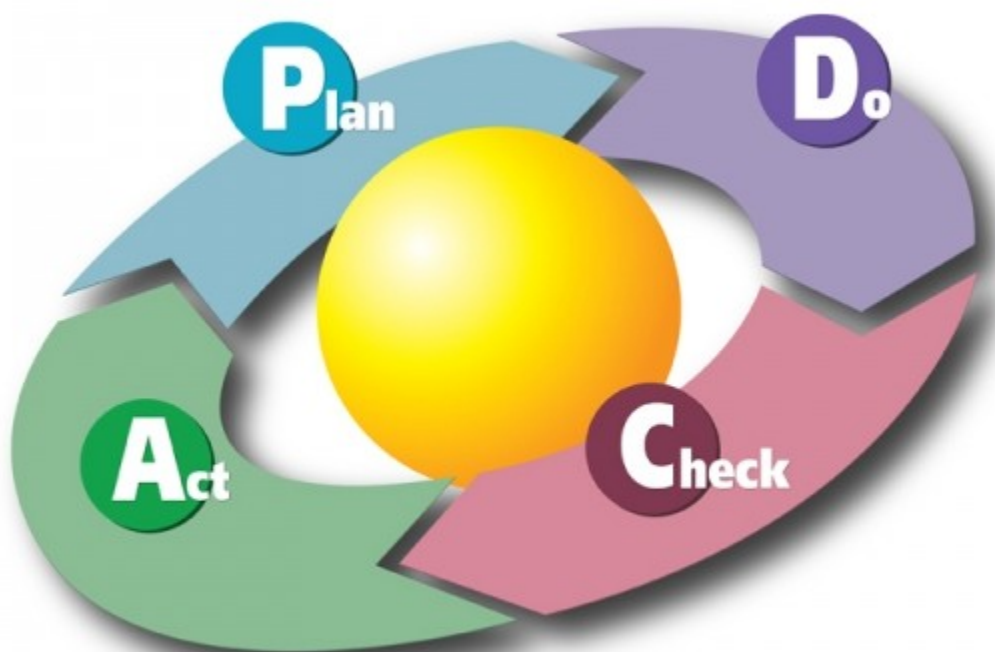


Regione  
Lombardia

ASST Lariana

# **RENDICONTAZIONE PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2019**

**(INTEGRATO CON IL PIANO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE - PIMO)**



## **INDICE**

<b>PREMESSA</b>	<b>2</b>
<b>LE AREE DI RISCHIO PRIORITARIE</b>	<b>3</b>
1) Travaglio/Parto	3
2) Infezioni – SEPSI	5
3) Sicurezza del paziente in sala operatoria	6
4) Rischio farmaci	9
5) Rischi in ambito di impiego delle radiazioni	10
6) Violenza a danno degli operatori	11
<b>LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO</b>	<b>12</b>
<b>IL PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE</b>	<b>18</b>
<b>I Raggruppamenti legali/medico legali</b>	<b>18</b>
<b>I NETWORK e gli Eventi Formativi</b>	<b>20</b>
<b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>20</b>
<b>PROGETTI SPECIFICI</b>	<b>20</b>
<b>EVENTI FORMATIVI</b>	<b>25</b>
<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>25</b>

## PREMESSA

Il presente documento, coerentemente con quanto pianificato nel PARM 2019, approvato con deliberazione numero 303 del 1/4/2019, descrive sinteticamente l'attività svolta dall'ASST Lariana in tema di risk management e i risultati raggiunti che possono considerarsi abbastanza soddisfacenti e rappresentano il punto di partenza del programma da sviluppare per l'anno 2020.

**GLI ORGANISMI AZIENDALI** che hanno partecipato allo sviluppo del PARM sono i seguenti:

**COMITATO QUALITA' E SICUREZZA (CQS)** che si è riunito nelle seguenti date:

16 aprile, 7 maggio, 11 giugno, 3 ottobre e 21 novembre 2019

Agli incontri hanno partecipato **n.64 operatori** medici e personale tecnico- infermieristico appartenenti alle aree della medicina, chirurgia, emergenza-urgenza e riabilitativa dei tre presidi del polo ospedaliero e ai diversi ambiti del polo territoriale.

### Gli argomenti trattati sono i seguenti:

Presentazione del piano annuale di RM, Disturbi della condotta alimentare, Attività del CVS con riferimenti clinici, analisi dati cadute 2018, processo di sterilizzazione, terminalità e palliazione nei reparti internistici, sedazione palliativa, prevenzione delle infezioni KPC, dati sinistrosità e richiesta di risarcimento danni, donazione organi e tessuti a cuore fermo, sterilizzazione ambulatoriale, misure di isolamento, antibioticoresistenza.

## COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

Si è riunito nelle seguenti date: 9 gennaio, 22 gennaio, 27 febbraio, 7 maggio, 7 giugno, 16 luglio, 26 settembre, 15 novembre, 6 e 16 dicembre 2019.

**I SINISTRI** complessivamente valutati dal CVS nel 2019 sono n. **212** di cui denunciati e rubricati n.60.

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

Si è riunito nelle seguenti date: 18 aprile, 18 giugno, 1 ottobre, 5 dicembre 2019.

**Con deliberazione n. 393 del 19 aprile 2019** è stato aggiornato il Gruppo Aziendale Dedicato per la prevenzione delle cadute di pazienti e visitatori presso ASST Lariana (GAD Cadute) ed è costituito dai seguenti componenti:

Direttore UOC Cronicità/Fragilità, Medico UOC Geriatria, Medico UOC Riabilitazione Specialistica Neuromotoria, Medico UOC Pediatria Presidio di Cantù-Mariano, Medico UOC Riabilitazione Specialistica Neuromotoria, Referente infermieristica ADI distrettuale, Infermiera UOC Pediatria Presidio di Cantù-Mariano, Coordinatore Inf. UOC Riabilitazione Specialistica Neuromotoria, Coordinatore Inf. UOC PS, OBI Medicina per acuti Como, Infermiera Resp. Percorso assistenziale medico, Terapista Riabilitazione UOC Cronicità/Fragilità, Coordinatore Infermiera PO Menaggio\*.

### **Le attività svolte nell'anno 2019 hanno riguardato :**

- Rilevazione ambientale presso le seguenti strutture (**vedi tabella n. 5 pag.11**)  
PO di Menaggio : Riabilitazione, CAL dialisi, Medicina, Chirurgia e Ortopedia  
PO Cantù- Mariano: Medicina, Ortopedia, Chirurgia, Pediatria  
PO San Fermo: Poliambulatori, Riabilitazione, Geriatria, Neurologia, Pediatria, Ortopedia  
Sedi territoriali : Pontelambro, Olgiate comasco
- Raccolta annuale degli indicatori relativi alla valutazione del rischio cadute nei pazienti ricoverati. (**vedi tabelle n.6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 pag. 12, 13 e 14**).

- Conclusione dello studio di confrontabilità scale di rilevazione del rischio (Hendrich e Conley) e confronto con lo studio attuato dalla Coord. Infermieristica del PO Menaggio
- Revisione aggiornamento procedure specifiche
- Valutazione della rivisitazione della FAD sulla prevenzione cadute per tutti gli operatori
- Valutazione, in collaborazione con Ufficio Comunicazione, della fattibilità di proiettare video negli spazi di maggiore afflusso dell'utenza (prevenzione cadute visitatori)

## FORMAZIONE

Sono stati progettati e realizzati vari eventi formativi sui temi della Qualità e Sicurezza delle Cure (vedi schede descrittive PFA 2019). In particolare sono state completate due formazioni sul campo per un totale di 12 incontri di 3 ore ciascuno nell'ambito del percorso del paziente in emergenza-urgenza (27/5, 17/6, 9/9, 7/10, 22/11 e 9/12) e del paziente chirurgico (7/6, 11/9, 9/10, 16/10, 6/11 e 9/12).

### Giornata della Sicurezza

In data 17/9 l'ASST Lariana ha aderito alla "Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della persona assistita" istituita con Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 aprile 2019 predisponendo un poster che è stato affisso nei punti di maggiore afflusso dell'utenza.

## LE AREE DI RISCHIO PRIORITARIE

### 1) Travaglio/Parto

#### Sepsi in ostetricia

E' stata redatta ed è in corso di diffusione tra gli operatori interessati la procedura sulla gestione della sepsi in ostetricia: **PO.024.19 "Gestione delle sepsi in Ostetricia"**

**Prosecuzione del progetto Trigger** Nell'anno 2019 è proseguita la collaborazione con il gruppo interdisciplinare composto da medici, personale ostetrico e infermieristico dell'Ostetricia e Neonatologia per la raccolta tramite CedaP e analisi degli eventi critici insorti in sala parto. Hanno collaborato anche i medici anestesisti dedicati alla sala parto.

Agli incontri di formazione sul campo (nr. 4 incontri nelle date: 21 maggio, 17 settembre, 22 ottobre e 26 novembre), oltre i **14** componenti del gruppo interdisciplinare "Trigger" hanno partecipato tutti i medici e il personale ostetrico -infermieristico dell'UOC Ostetricia e Ginecologia, personale infermieristico della TIN, neonatologi e un anestesista.

Gli obiettivi della fsc sono stati i seguenti:

- Consolidare il processo di individuazione e segnalazione dei trigger del Punto Nascita.
- Attuare il monitoraggio e la valutazione periodica delle criticità riscontrate con modalità partecipative tra tutte le figure professionali interessate :Risk Manager, professionisti delle aree di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia.
- Analizzare i trigger più rilevanti per migliorare la gestione delle principali emergenze in sala parto.

Nel 2019 sono stati segnalati **n. 84** eventi trigger così suddivisi:

**Tabella n.1 – Trigger segnalati anno 2019**

DESCRIZIONE	Casistica
Morte materna	0
Distocia di spalla	3
Emorragia > 1500 ml	20
Ritorno in sala operatoria	8
Eclampsia	0
Isterectomia / laparotomia / embolizzazione arterie uterine	4
Complicanze anestesologiche da epidurale / spinale	4
Tromboembolismo	0
Ricovero in terapia intensiva	0
Lacerazioni di terzo / quarto grado	2
Ventosa o forcipe adoperati senza successo	3
Rottura d'utero	1
Tempo > 30min per TC d'emergenza (codice rosso)	0
Ritenzione di garza o strumento	0
Parto a domicilio non pianificato	6
Parto non assistito	3
Nati Morti > 500 gr	2
Morte intrapartum	0
Trauma alla nascita	0
pH del cordone ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso	4
SGA inaspettato a termine (peso alla nascita inferiore al decimo percentile per età gestazionale e sesso)	0
Nato non malformato ricoverato in TIN	22
Anomalie fetali non diagnosticate	2

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

Nel 2019 è proseguita la collaborazione del personale Medico e ostetrico ai progetti regionali:

- 1) "Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza"; il progetto pilota si concluderà a marzo 2020.
- 2) "Sorveglianza della mortalità materna" con segnalazione e raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna da parte dei referenti dei Punti Nascita
- 3) "Sorveglianza della mortalità perinatale" con 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.

E' stato realizzato in data 12 novembre 2019 l'evento formativo dal titolo **"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 (vedasi specifico "Allegato 3 – Rendiconto corsi RM 2019").

Hanno partecipato n. 21 operatori suddiviso in 17 medici e personale ostetrico e 4 OSS.

Sono stati discussi i seguenti argomenti:

La cultura del rischio in sala parto, Buone pratiche per la sicurezza del paziente in sala parto: gli errori comuni prevedibili, la prevenzione, I near miss ostetrici: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia da liquido amniotico, l'emoperitoneo spontaneo, Identificazione precoce e gestione della sepsi in ostetricia: presentazione della nuova procedura di UO, Gestione dello shock settico, Gestione del neonato figlio di madre con sepsi, eclampsia.

## 2) Infezioni – SEPSI

L'attività di prevenzione è coordinata dall'Ufficio Epidemiologico Aziendale che svolge le attività all'interno dei differenti Presidi Ospedalieri di ASST Lariana. Il personale che si occupa di questa attività è così costituito da un responsabile medico, da un Inf. Coordinatore, da n. 3 infermieri dedicati e n.1 infermiera part-time per il Presidio di Menaggio.

Nel corso dell'anno 2019, in linea con gli anni precedenti, è proseguita l'attività di **Controllo delle sepsi** attraverso l'identificazione dei nominativi dei pazienti accettati in PS, con diagnosi d'ingresso di sospetta sepsi o shock settico e analisi dei casi: mensilmente il personale dell'Ufficio Epidemiologico riceve tale elenco dall'Ufficio Flussi e procede al controllo dell'attuazione di tutte le azioni previste, nei tempi stabiliti, per un'intercettazione precoce della patologia settica e per la sua gestione.

Come da richiesta di Regione Lombardia, inoltre, è stato condotto un audit retrospettivo finalizzato al controllo della corretta intercettazione e gestione precoce delle Sepsis in pazienti ricoverati. Sono state visionate **20 Cartelle cliniche** selezionate da Regione Lombardia suddivise per numerosità dei ricoveri in:

- 12 cartelle cliniche per il PO Sant'Anna di San Fermo della Battaglia
- 6 cartelle cliniche per il PO Sant'Antonio di Cantù
- 2 cartelle cliniche per il PO Erba Renaldi di Menaggio

Risultati: In n. 2 cartelle del PO Sant'Anna risulta erroneamente codificata la diagnosi di SEPSI.

Complessivamente è stata riscontrata ottima aderenza alle indicazioni presenti nei Protocolli Aziendali e alle Linee Guida Internazionali. Risultano parametri rilevabili alla sola presenza di monitoraggio intensivo/sub-intensivo non routinario nelle Degenze ordinarie. Gli esami di diagnostica per immagini sono stati sempre effettuati quando necessari per porre diagnosi.

Il 12 aprile 2019 si è tenuto un **Convegno** dal titolo "Le Infezioni Ospedaliere: prevenzione e responsabilità" in cui si è affrontato, da parte di diversi specialisti, l'argomento delle sepsi con particolare attinenza all'ambito chirurgico e un focus sulle regole giuridiche vigenti in materia di responsabilità medico-sanitaria.

La programmazione degli obiettivi formativi e dei differenti programmi annuali è stata definita ed approvata dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) nella seduta del 6 marzo 2019.

### **Aggiornamento Procedure – Istruzioni Operative – Protocolli:**

Nel corso dell'anno 2019 sono stati revisionati ed aggiornati i seguenti documenti:

#### Protocolli Operativi:

- PR.CIO.05 Gestione della persona con sospetto o diagnosi certa di Meningite Batterica
- PR.CIO.06 Gestione del paziente con sospetto o diagnosi certa di TBC (attualmente PDTA in essere)
- PR.CIO.07 Prevenzione e controllo della Legionellosi nel Presidio OCA/OMA, OME e nelle strutture territoriali afferenti a ASST Lariana

#### Procedure Operative:

- PO.CIO.04 Norme comportamentali per l'accesso alle zone ad Alto Rischio
- PO.CIO.06 Prevenzione e corretta gestione delle polmoniti da ventilazione meccanica
- PO.CIO.09 Gestione degli accessi vascolari
- PO.CIO.13 Gestione profilassi antibiotica in chirurgia (PAC)
- PO.CIO.14 Sanificazione e Sanitizzazione ambientale nei B.O. e Blocco Parto

#### Istruzioni operative:

- IO.CIO.04 Preparazione, lavaggio, sterilizzazione e stoccaggio del materiale chirurgico e sanitario sterilizzabile in autoclave, al di fuori della Centrale di Sterilizzazione convertita in PO.CIO.15
- IO.CIO.06 Decontaminazione e disinfezione trasduttori e sonde per ecografo

E' stato inoltre revisionato il PDTA.000.07 "Gestione del paziente con sepsi o shock settico".

### **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.

In particolare il personale dell'Ufficio Epidemiologico Aziendale (UEA) effettua sempre un sopralluogo in reparto in caso di presenza di paziente infetto o colonizzato da *Clostridium difficile*, Enterobatteri produttori di carbapenemasi e Aspergillo. Il tutto viene documentato attraverso la compilazione di apposita scheda d'indagine e conservato presso l'archivio dell' UEA.

### **Condivisione con le singole UU.OO. dei dati dell'ecosistema microbiologico e dati infezioni nosocomiali**

In attuazione del progetto regionale InfOSP nei Presidi di ASST dall'anno 2004 si effettua la sorveglianza epidemiologica di microrganismi sentinella.

Nel corso dell'anno 2019 sono stati programmati 7 incontri con i diversi Responsabili Medici ed Infermieristici di UU.OO. dei Presidi, per analizzare con il personale (sia medico che infermieristico) i dati microbiologici elaborati, la loro epidemiologia (se comunitaria, nosocomiale o colonizzazione) e le azioni intraprese.

### **3) Sicurezza del paziente in sala operatoria**

In condivisione con il Direttore del Dipartimento di Chirurgia, il Direttore del Dipartimento Emergenza, Urgenza, Anestesia e il Direttore dell'UOC Anestesia e Rianimazione 1 - PO Como e i referenti DAPSS del percorso assistenziale chirurgico e dell'attività infermieristica del blocco operatorio, nel 2019 è proseguito il progetto di risk management "Sicurezza in sala operatoria secondo un approccio orientato ad una logica di sistema", avviato nel 2018, relativo all'analisi e implementazione di azioni di sistema per migliorare la qualità e sicurezza del paziente che accede in sala operatoria.

Nel 2019 il progetto è stato integrato con i requisiti della check list 2.0, nuovo strumento di risk assessment per la patient safety in sala operatoria. In conformità a quanto previsto dal Progetto di Regione Lombardia "Check List 2.0 per la sicurezza in Chirurgia" - Fase 4 Applicazione dello strumento in tutti gli ospedali lombardi - si è proceduto alla compilazione della Check List Chirurgia Sicura 2.0 che si compone di due schede di autovalutazione sulla sicurezza del paziente chirurgico da sottoporre a manovre invasive:

- Check List di Sistema;
- Check List Paziente.

La compilazione della Check List di Sistema ha comportato la verifica di conformità agli indicatori attraverso l'analisi delle procedure, dei protocolli e delle istruzioni operative pubblicate in Azienda. A tale attività, svolta in data 25/07/2019, hanno partecipato la Risk Manager, il Referente Qualità della Direzione delle Professioni Socio Sanitarie, un'Infermiera dell'Ufficio Epidemiologico, il Coordinatore Infermieristico della UOC Miglioramento Qualità e Risk Management.

La compilazione della Check List Paziente è avvenuta attraverso l'effettuazione di sopralluoghi nei differenti setting (Blocco Operatorio, Blocco Parto, Quartiere Interventistico) dei tre Presidi

Ospedaliери aziendali a cura di un team di audit rappresentativo delle diverse figure professionali coinvolte nel processo chirurgico.

Nelle tabelle seguenti sono riportati sinteticamente i risultati raggiunti.

**Tabella n.2** - Numero schede compilate per disciplina chirurgica per presidio ospedaliero.

<b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b>	<b>Ospedale Sant'Anna San Fermo della B.</b>	<b>Ospedale Sant'Antonio Abate - Cantù</b>	<b>Ospedale Erba Renaldi - Menaggio</b>
<b>DISCIPLINA CHIRURGICA</b>			
Cardiologia_Elettrofisiologia	1	NA	NA
Cardiologia_Emodinamica	1	NA	NA
Chirurgia Generale	5	5	5
Chirurgia Maxillo Facciale	5	NA	NA
Chirurgia Plastica	5	NA	NA
Chirurgia Toracica	0	NA	NA
Chirurgia Vascolare	0	NA	NA
Endoscopia Digestiva	0	0	0
Ginecologia	5	5	NA
Neurochirurgia	5	NA	NA
Oculistica	5	NA	NA
Ortopedia e Traumatologia	5	5	5
Ostetricia	5	NA	NA
Otorinolaringoiatria	5	5	NA
Radiologia Interventistica	1	NA	NA
Urologia	5	NA	NA
<b>TOTALE</b>	<b>53</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

**Tabella n.3** - Numero schede compilate per setting per presidio ospedaliero.

<b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b>	<b>Sant'Anna – San Fermo della B.</b>	<b>Sant'Antonio Abate - Cantù</b>	<b>Erba Renaldi - Menaggio</b>
<b>SETTING</b>			
Blocco Operatorio	45	20	10
Blocco Parto	5	NA	NA
Endoscopia	0	0	0
Quartiere Interventistico	3	NA	NA
<b>TOTALE</b>	<b>53</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

**Tabella n.4** - Numero schede compilate per regime di ricovero per presidio ospedaliero.

<b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b>	<b>Sant'Anna - San Fermo della B.</b>	<b>Sant'Antonio Abate - Cantù</b>	<b>Erba Renaldi - Menaggio</b>
<b>REGIME DI RICOVERO</b>			
Ricovero Ordinario	36	9	5
Day Hospital	1	0	0
Day Surgery	12	11	5
B.I.C.	3	0	0
Ambulatoriale	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>53</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

Nell'ambito della fase applicativa del progetto regionale per la chirurgia sicura, in collaborazione con il Risk Manager dell'ASST di Lecco, ciascuna Azienda ha identificato i componenti di un team multiprofessionale di auditor che, adottando la metodologia della valutazione esterna condotta tra Pari Professionisti che operano nello stesso campo e con il medesimo livello di competenza, nell'ambito di quattro incontri, due per ciascuna azienda:

- 16 settembre e 24 ottobre presso ASST Lariana;
- 19 settembre e 21 ottobre presso ASST Lecco



hanno proceduto, nel mese di settembre, all'analisi e verifica documentale dei 15 indicatori previsti nella Check List di Sistema e, nel mese di ottobre, hanno effettuato sopralluoghi presso il Blocco Operatorio di ciascuna Azienda per la compilazione della Check List Paziente di alcuni interventi chirurgici programmati in quella giornata.

Nell'ambito della "Sicurezza in Sala Operatoria" l'ASST Lariana ha aderito al Progetto Regionale di valutazione esterna dell'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti in ambito chirurgico ("Peer Review") con focus sull'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 "Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico" e n. 3 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" oltre alla verifica degli indicatori contenuti nella Check List 2.0..

La Peer Review da parte della Commissione di esperti di Regione Lombardia si è svolta il 26 settembre 2019.

Complessivamente il metodo di verifica adottato è stato particolarmente apprezzato dal personale dell'ASST Lariana e i risultati della peer review condotta dal team dell'ASST di Lecco e dal team dei professionisti selezionati da Regione Lombardia sono stati molto soddisfacenti.

Inoltre nell'ambito del progetto aziendale, in collaborazione con il Risk Manager SHAM, è stato sviluppato un percorso formativo orientato ad un'attività preliminare di identificazione e prioritarizzazione dei rischi più rilevanti dell'area chirurgica con l'obiettivo finale di condividere lo sviluppo di un piano di miglioramento da presentare alla Direzione Strategica per il 2020.

Nello specifico i professionisti identificati hanno partecipato a 6 incontri ciascuno della durata di 3 ore ( 7/6 , 11/9, 9/10, 16/10, 6/11 e 9/12) nell'ambito dei quali attraverso il "Cartorisk" strumento informatico messo a disposizione dal Risk Manager della SHAM, in base ad un predefinito universo dei rischi, hanno identificato, contestualizzato e analizzato i rischi dell'ambito chirurgico.

Analogo studio è stato realizzato da professionisti dell'ambito emergenza-urgenza con riferimento a tale area.

- a) Profilassi antibiotica in chirurgia:** il documento aziendale LG.CIO.01 Linee Guida per la gestione della Profilassi Antibiotica in Chirurgia approvato dal CIO nel dicembre 2018 è stato convertito nella PO.CIO.13 Gestione profilassi antibiotica in chirurgia (PAC)

Sono stati effettuati controlli sulla corretta adesione all'utilizzo della molecola prevista e dei relativi tempi di somministrazione attraverso la verifica dei FUT inseriti nelle cartelle cliniche dei pazienti chirurgici che stazionavano nella sala di "preparazione paziente" del B.O. . Nello specifico sono state verificate la puntuale osservazione delle tempistiche e delle modalità con cui si realizzava la somministrazione.

La numerosità di tali controlli, effettuati dal personale dell'UEA, si riassume come di seguito:

Presidio di San Fermo: 15 sopralluoghi

Presidio di Cantù: 6 sopralluoghi

Presidio di Menaggio: 9 sopralluoghi

Sono intervenuti altresì ulteriori momenti di controllo / verifica all'interno dei sopralluoghi effettuati in collaborazione con il team di controllo dei requisiti della Check list 2.0.

Per intervenute criticità di carattere organizzativo non è stato possibile valutare con l'UOC Farmacia la fattibilità di estendere la modalità di preparazione della PAC già in uso presso il presidio ospedaliero di Cantù ad alcune UOC del presidio ospedaliero di San Fermo.

**b) Dress code ed igiene delle mani :**

L'igiene delle mani rappresenta senza dubbio la misura più efficace nel controllo e prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA).

Nel corso dell'anno 2019 è proseguito il programma di osservazione "igiene mani" nelle differenti UU.OO. di tutti i Presidi di ASST Lariana.

La numerosità di tali controlli, effettuati dal personale dell'UEA, si riassume come di seguito:  
Presidio di San Fermo: 22 sopralluoghi, con un totale di n. 133 opportunità  
Presidio di Cantù: 11 sopralluoghi, con un totale di n. 52 opportunità  
Presidio di Menaggio: 9 sopralluoghi, con un totale di n. 52 opportunità

I momenti di osservazione, nelle differenti realtà operative, hanno permesso di effettuare proficui scambi in merito alla prevenzione delle ICPA, con controllo dell'adesione a Protocolli, Procedure ed Istruzioni Operative specifici.

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

In linea con quanto stabilito dalla Check-list 2.0 di Regione Lombardia, a seguito della Peer Review di Regione Lombardia all'interno dei B.O., è emerso che il comportamento è in linea con quanto previsto, ma c'è ancora del lavoro da fare, in particolare per alcuni "retaggi" errati difficili da eradicare (es: dress-code, uso non corretto della mascherina chirurgica, presenza di monili sul polso e sul collo di molti operatori). Pertanto per l'anno 2020 è necessario programmare, in condivisione con il personale dell'U.O.C. Miglioramento Qualità e Risk Management, ulteriori controlli, momenti di formazione specifica con successivi ri-controlli per valutarne i risultati.

La Procedura PO.CIO.08 "L'igiene pre-operatoria della persona assistita, per interventi chirurgici in elezione" è in avanzata fase di revisione e verrà approvata nel primo incontro CIO dell'anno 2020.

Il documento ricomprende tutti gli aspetti legati alla corretta gestione del paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in regime di elezione.

#### **4) Rischio farmaci**

a. Come pianificato, nell'anno 2019 è stato messo a disposizione di tutti gli operatori sanitari il corso FAD "Corso avanzato di farmacovigilanza: Interazioni farmacologiche" Il corso, accreditato ECM, è stato inserito su piattaforma digitale nell'ultimo trimestre 2019 ed è stato concluso entro dicembre 2019 da n. 256 operatori.

b. Nell'anno 2019 è stato messo a disposizione il corso FAD "Conosciamo gli antibiotici ?" per incrementare il livello di conoscenza sui farmaci antibiotici appartenenti all'ATCJ01 da parte del personale sanitario, migliorare l'uso appropriato di questa classe di farmaci nella pratica clinica e prevenire l'antibiotico-resistenza. La FAD rivolta al personale sanitario di ASST Lariana ha previsto 4 moduli dai titoli sotto riportati:

- Modulo 1: La sorveglianza del consumo di antibiotici perché è diventata una priorità?;
- Modulo 2: Diagnostica microbiologica e resistenze batteriche;
- Modulo 3: Aspetti farmacologici degli antibiotici (ATC J01);
- Modulo 4: Approccio alla terapia empirica nella sepsi e nello shock settico.

Il corso, accreditato ECM, è stato fruibile su aula digitale nell'ultimo trimestre 2019. Il personale sanitario che ha concluso il corso entro dicembre 2019 è stato pari a n. 916.

c. Riguardo all'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.17 "Riconciliazione della terapia farmacologica" in ospedale, sul territorio e soprattutto nei momenti cosiddetti di "Transizione di cura", è stato predisposto materiale informativo da illustrare al paziente che accede ai servizi dell'ASST Lariana sull'importanza di acquisire una chiara lista dei farmaci assunti per la ricognizione e riconciliazione farmacologica. La locandina e la brochure "I miei farmaci" predisposti da RL sono stati stampati e distribuiti presso le sedi territoriali e le aree out-patient, nonché presso i poliambulatori di ASST Lariana. Le locandine sono state affisse in modo ben visibile e le brochure distribuite al personale sanitario delle aree di cui sopra con richiesta di sensibilizzare il paziente o il caregiver sull'importanza di avere sempre aggiornata la lista dei farmaci che il

paziente assume al fine di facilitare la ricognizione farmacologica e ridurre il rischio di interazioni indesiderate.

d. Riguardo all'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.14 "Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici" sono state implementate le Norme di Buona preparazione dei Medicinali della Farmacopea ufficiale e sono state effettuate verifiche a campione presso le UOC interessate in merito all'applicazione della Raccomandazione stessa. Nello specifico nell'anno 2019 sono stati implementati presso i Laboratori di Galenica Clinica Sterile dell'ASST Lariana i controlli previsti dalle Norme di Buona Preparazione dei medicinali in farmacia-Farmacopea Ufficiale XII edizione; dalle Good Manufacturing Practice; dalla Raccomandazione Ministeriale n° 14 - ottobre 2012 e dalle Norme ISO 14644/14698. La validazione del processo asettico di allestimento viene effettuata attraverso saggi microbiologici da effettuare sull'ambiente (piastre di sedimentazione e di contatto), sul processo produttivo sterile e sugli operatori (media fill test) e controllo particellare dell'aria negli ambienti a contaminazione controllata al fine di assicurare la conformità del prodotto agli standard di qualità prefissati. Per quanto riguarda l'applicazione della Raccomandazione 14 presso le UUOO che richiedono terapie antitumorali per indicazioni non oncologiche, la verifica della corretta gestione del farmaco in termini di appropriatezza d'uso, modalità di somministrazione, eventuale premedicazione, conservazione del farmaco, ecc da parte del farmacista ospedaliero che si occupa di allestimento è avvenuta in modo costante e continuo.

## 5) Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

E' stato formalmente attivato con deliberazione n.190 del 21 febbraio 2018 un gruppo di miglioramento multidisciplinare trasversale al dipartimento gestionale dei servizi integrato con tutti i rappresentanti delle UOC che impattano sulla tematica (UOC Fisica Sanitaria, Diagnostica per immagini, Medicina nucleare, Radioterapia) coadiuvati all'occorrenza da UOS Ingegneria clinica.

Nel corso del 2019, il gruppo di miglioramento multidisciplinare trasversale al dipartimento gestionale dei servizi per il rischio da impiego delle radiazioni non ha effettuato incontri programmati e dedicati formalmente alla gestione del rischio da radiazioni. Tuttavia, le figure professionali coinvolte nelle attività comportanti impiego di radiazioni hanno avuto la possibilità di affrontare la tematica in oggetto partecipando ad eventi di formazione organizzati dalle singole UOC.

E' stato costituito il gruppo di lavoro regionale sulla gestione del rischio in ambito di impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti avente l'obiettivo di definire modelli organizzativi/buone pratiche da seguire al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto ad pratiche con apparecchiature generatrici di radiazioni.

Sono stati concordati 4 obiettivi specifici affrontati in altrettanti sottogruppi di lavoro:

**Obiettivo 1)** Donne in gravidanza e in età fertile: definizione linee di comportamento applicabili nelle diverse realtà lombarde, per la gestione delle pazienti gravide o in età fertile che devono sottoporsi a procedure radiologiche con radiazioni ionizzanti o non ionizzanti.

**Obiettivo 2)** Dispositivi "RM conditional": predisposizione di un documento contenente le linee di comportamento da adottare per l'effettuazione di esami di risonanza magnetica in presenza di dispositivi RM conditional.

**Obiettivo 3)** Radiazioni in età pediatrica: predisposizione di indicazioni da fornire ai prescrittori al fine di individuare quale tecnica radiologica utilizzare, in termini di minor danno possibile al paziente di età pediatrica sottoposto a radiazioni.

**Obiettivo 4)** Near miss: predisposizione di una casistica degli eventi o dei quasi eventi in cui le strutture possono incorrere a seguito delle tecnologie che impiegano le radiazioni ionizzanti.

Il referente dell'ASST Lariana dell'UOC Fisica Sanitaria è stato inserito nel sottogruppo associato all'obiettivo 4. Tale sottogruppo ha elaborato un questionario che verrà fatto pervenire alle UOC di

Radioterapia e Medicina Nucleare con lo scopo di raccogliere dati significativi sui "near miss" accaduti, valutare le loro probabilità di accadimento e la loro gravità.

Nell'ambito del monitoraggio dell'esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo medico, in ottemperanza al prossimo recepimento della direttiva europea 2013/59/EURATOM, sono stati presi contatti con alcune ditte fornitrici dei software dedicati, sono state fatte presentazioni dei prodotti, ma la decisione sulla scelta del software da acquistare è stata rimandata a quando saranno più chiare le richieste legislative in questo campo. Purtroppo la normativa italiana non ha ancora emanato nessun decreto legislativo in attuazione e recepimento della Direttiva Europea 2013/59/EURATOM.

Dopo un incontro preliminare tra fisici, radiologi ed elettrofisiologi, tenutosi con lo scopo di definire una procedura organizzativa all'interno dell'ASST Lariana da applicare nei casi di richiesta di indagine RM a pazienti portatori di PM/ICD *MR-conditional*, la Fisica Sanitaria ha elaborato una **bozza di documento** da attuare nella pratica clinica, tale procedura dovrebbe rispondere all'obbligo per la struttura sanitaria che intende eseguire esami RM su pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi, di predisporre un modello organizzativo specifico, a garanzia della sicurezza della prestazione e della salute del paziente, D.M. 10 agosto 2018 "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica".

Alla procedura saranno allegati due modelli di raccolta dati con specificate le indicazioni operative e le responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte che dovranno essere verificati e revisionati collegialmente da tutte le figure professionali coinvolte.

La bozza di procedura è stata redatta in conformità alle linee di comportamento da adottare per l'effettuazione di esami di risonanza magnetica in presenza di dispositivi RM conditional elaborato dal sottogruppo regionale abbinato all'obiettivo 2 sopra citato.

E' stata elaborata dalla UOC Fisica Sanitaria una prima bozza della procedura riguardante la valutazione del rischio da esposizione per le donne in gravidanza a seguito dell'emissione di un documento da parte del sottogruppo regionale associato all'obiettivo 1 per confrontare quanto elaborato e verificare il rispetto delle linee guida regionali.

Si prevede di realizzare nel corso dell'anno un evento formativo rivolto al personale sanitario addetto all'utilizzo di radiazioni ottiche (laser) per fornire indicazioni teorico-pratiche sul corretto uso delle apparecchiature al fine di prevenirne i rischi di esposizione.

Nel corso dell'anno 2019 la Fisica Sanitaria ha incontrato difficoltà nell'organizzazione di un evento formativo sull'utilizzo in sicurezza dei Laser per la complessità organizzativa di un evento che coinvolge un numero cospicuo di operatori che devono garantire la copertura di vari turni di lavoro. Per l'anno 2020 è stata inoltrata alla Direzione la proposta di predisporre una FAD per tutti gli operatori che utilizzano laser. Tale evento formativo, in accordo con l'UO formazione, verrà annoverato tra i FAD obbligatori proposti dall'Azienda.

## **6) Violenza a danno degli operatori**

Nel 2019 è proseguita l'attività di implementazione della Raccomandazione n.8/2007 coerentemente alla PO.000.86 "Prevenzione atti di violenza a danno di operatori" e a tale scopo è stato realizzato il corso rivolto al personale medico e infermieristico dell'ASST delle aree più a rischio come PS, SPDC, SERT, Vigilanza in due edizioni rispettivamente in data 12 e 13 settembre 2019, a cui hanno partecipato **nr. 65**.

## LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

- a) **Eventi Sentinella (SIMES)** In conformità al DM 11.12.2009 e alle procedure aziendali è proseguito il Monitoraggio degli eventi sentinella con inserimento in SIMES (sistema informativo del Monitoraggio degli errori in sanità) e dell'attività di raccolta di eventi avversi/errori e quasi errori come previsto dal sistema di incident reporting e dal "registro cadute" aziendali con analisi, condivisione e pubblicazione dei dati nel portale intranet.
  - a. Nel 2019 sono stati inseriti in SIMES **nr. 6 eventi sentinella**.
- b) **Trigger Materni e fetali (Flusso Cedap):** è proseguita la segnalazione di eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico (**vedi tabella n. 1 pag.3**)
- c) **Raccomandazioni Ministeriali:** è proseguita nel contesto aziendale l'implementazione delle 18 Raccomandazioni Ministeriali con evidenza di almeno l'80% nel monitoraggio on line.
- d) **Buone Pratiche (Sito Agenas):** sono state invitate le UOC dell'ASST Lariana a segnalare le Buone Pratiche da inserire nel sito ministeriale
- e) **Richieste di Risarcimento (DB Regionale Sinistri)** è proseguito l'aggiornamento del DB regionale nelle scadenze previste come da indicazioni nazionali e regionali **e in particolare** in condivisione con il Comitato Valutazione Sinistri è stata assicurata la :
  - a. analisi delle richieste di risarcimento danni ricadenti nella polizza RCT/O;
  - b. analisi dati secondo semestre 2018 e aggiornamento dei dati storici;
  - c. compilazione della scheda anagrafica per ciascun sinistro presente nel data base AON.
- f) **Gruppo Aziendale Dedicato per la prevenzione delle cadute dei pazienti e visitatori (GAD Cadute)**

Il Direttore Generale, con deliberazione n. 393 del 19 aprile 2019, ha provveduto alla modifica ed integrazione della composizione del "Gruppo Aziendale Dedicato per la prevenzione delle cadute dei pazienti e visitatori presso l'ASST Lariana (GAD Cadute)" oltre alla revisione del suo Regolamento.

Come previsto dal Regolamento, i componenti del GAD Cadute si sono riuniti quattro volte nel corso dell'anno 2019 (18 aprile, 18 giugno, 1 ottobre, 5 dicembre).

Durante gli incontri sono stati analizzati gli episodi di cadute verificatisi nel 2018 in ASST Lariana e sono state valutate le modalità di segnalazione di tali eventi. Sono stati considerati i maggiori fattori di rischio cadute, gli strumenti di valutazione dei rischi (Scale Conley, Hendrich, Humpty Dumpty) e le misure di prevenzione/informazione da adottare in particolare nei pazienti maggiormente fragili. Inoltre sono stati definiti i reparti e le modalità per l'effettuazione dei sopralluoghi relativi al controllo della sicurezza ambientale così come previsto nel paragrafo 5.4 della PO.000.47 "Gestione del rischio caduta del paziente in ospedale"

I componenti del GAD Cadute, nel corso dell'incontro del 18/06/2019, hanno deciso di effettuare, per l'anno 2019, i controlli di rilevazione ambientale per l'identificazione dei possibili fattori di rischio per i pazienti, nei tre Presidi Ospedalieri presso i seguenti reparti:

**Tabella n.5** – Reparti campionati per la rilevazione ambientale

P.O. S.Anna mesi Novembre e Dicembre	P.O. Cantù/Mariano C. mesi Luglio - Agosto	P.O. Menaggio mesi Luglio - Agosto
Aree comuni	Chirurgia Multidisciplinare di Cantù	CAL Dialisi
Degenza Chirurgica 1 (UOC Chirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia);	Medicina di Cantù	Chirurgia e Ortopedia
Degenza Chirurgica 2 (UOC Chirurgia Maxillo Facciale, Neurochirurgia, Neurologia, Otorinolaringoiatria)	Pediatria di Cantù	Day Hospital
Poliambulatorio 1 e 2	CAL Dialisi	Medicina
Pronto Soccorso	CAL Dialisi [Longone al Segrino]	Riabilitazione
Psichiatria	Hospice di Mariano C.	

per ciascun sopralluogo è stata compilata l'apposita "Check list per il controllo della sicurezza ambientale" (Mod.PO.000.47-All.4).

È stata effettuata inoltre, come prevista nel paragrafo 6 della PO.000.47, la raccolta annuale degli indicatori relativi alla valutazione del rischio cadute nei pazienti ricoverati (adulti e pediatrici) su un campione del 2% di cartelle cliniche di pazienti dimessi riferiti all'anno 2018, per un totale di **219 cartelle**. Nelle tabelle successive, per ciascun Presidio Ospedaliero, sono riportati i dati relativi alle Unità Operative Complesse selezionate:

**Tabella n.6** - Monitoraggio compilazione Scala di Conley – PO. S.Anna, S. Fermo della battaglia

reparto dimissione	n. dimessi anno 2018	campione 2%	n. CC verificate
Cardiologia	1548	31	33
Cure Sub Acuti	401	8	9
Geriatria	1224	24	26
Medicina d'urgenza	841	17	21
Medicina Generale	699	14	14
Neurologia	485	10	13
Neurologia - Stroke Unit	87	2	2
Pneumologia	353	7	8
Riabilitazione Neurologica	335	7	6
<b>Totale</b>		<b>120</b>	<b>132</b>

**Tabella n.7** - Monitoraggio compilazione Scala di Conley – PO. S. Antonio Abate, Cantù

reparto dimissione	n. dimessi anno 2018	campione 2%	n. CC verificate
Chirurgia Generale	571	11	13
Cure Sub Acute	297	6	7
Medicina Generale	1033	21	21
<b>Totale</b>		<b>38</b>	<b>41</b>

**Tabella n.8** - Monitoraggio compilazione Scala di Conley - P.O. ERBA RENALDI - Menaggio.

reparto dimissione	n. dimessi anno 2018	campione 2%	n. CC verificate
Medicina Generale	589	12	12
Psichiatria	277	6	6
Riabilitazione Specialistica	113	2	2
<b>Totale</b>		<b>20</b>	<b>20</b>

Le verifiche effettuate hanno fornito i seguenti risultati:

**Tabella n.9** - Presidio Ospedaliero Sant'Anna - San Fermo della Battaglia

descrizione	indicatore	standard atteso	cardiologia	cure sub acute	geriatria	medicina d'urgenza	medicina generale	neurologia	ortopedia	pneumologia	riabilitazione neurologica	media
compilata la Scala di Conley all'ingresso per i pazienti con età > 65 anni	n. pazienti con scala compilata/n. totale pazienti	<b>80%</b>	100 %	89 %	85 %	78%	100 %	100%	100%	100%	100%	<b>95%</b>
registrata la consegna 'Opuscolo informativo ai pazienti a rischio	n. registrazioni/n. totale pazienti a rischio	<b>75%</b>	100 %	33 %	60 %	0%	83 %	0%	50%	100%	100%	<b>59%</b>

**Tabella n.10** - Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate – Cantù

descrizione	indicatore	standard atteso	chirurgia	cure sub acute	medicina	media
compilata la Scala di Conley all'ingresso per i pazienti con età > 65 anni	n. pazienti con scala compilata/n. totale pazienti	80%	100%	89%	85%	91%
registrata la consegna 'Opuscolo informativo ai pazienti a rischio	n. registrazioni/n. totale pazienti a rischio	75%	100%	33%	60%	64%



**Tabella n.11** - Presidio Ospedaliero Erba Renaldi - Menaggio

descrizione	indicatore	standard atteso	medicina	psichiatria	riabilitazione	media
Viene compilata la Scala di Conley all'ingresso per i pazienti con età > 65 anni	n. pazienti con scala compilata/n. totale pazienti	<b>80%</b>	100%	NA	NA	<b>100%</b>
Viene registrata la consegna ai pazienti a rischio dell'Opuscolo informativo	n. registrazioni/n. totale pazienti a rischio	<b>75%</b>	90%	NA	NA	<b>90%</b>

In ambito pediatrico, sono state verificate complessivamente n. **46** cartelle cliniche di due Presidi Ospedalieri, così suddivise:

**Tabella n.12** - Monitoraggio compilazione Humpty Dumpty

reparto dimissione	n. dimessi anno 2018	campione 2%	n. CC verificate
Pediatria - P.O. San Fermo della Battaglia	1335	27	27
Pediatria - P.O. Cantù	824	16	19
<b>Totale</b>		<b>43</b>	<b>46</b>

ed hanno fornito i seguenti risultati:

**Tabella n.13** - Pediatria

descrizione	indicatore	standard atteso	OSA	OCA	media
compilata la Scala di Humpty/Dumpty all'ingresso	n. pazienti con scala compilata/n. totale pazienti	<b>80%</b>	96%	95%	<b>96%</b>
registrata la consegna dell'Alert/Poster ai pazienti a rischio	n. registrazioni/n. totale pazienti a rischio	75%	60%	50%	55%

### g) Monitoraggio FUT

Nel corso del secondo semestre dell'anno è stata effettuata la raccolta annuale degli indicatori relativi alla valutazione della corretta compilazione del Foglio Unico di Terapia (FUT) su un campione del 3% di cartelle cliniche di pazienti dimessi riferiti all'anno 2018, per un totale di 483 cartelle. Nelle tabelle successive, per ciascun Presidio Ospedaliero, sono riportati le Unità Operative Complesse selezionate e il campione analizzato:



**Tabella n.14** - Monitoraggio compilazione FUT – Presidio Ospedaliero S. Anna

reparto dimissione	n. dimessi	campione 3%	FUT controllati
Chirurgia Generale	841	25	25
Chirurgia Maxillo Facciale	350	11	11
Chirurgia Plastica	323	10	10
Chirurgia Toracica	96	3	3
Chirurgia Vascolare	263	8	8
Cure Sub Acuti	401	12	12
Ginecologia	425	13	13
Medicina Generale	699	21	21
Neurochirurgia	461	14	14
Ortopedia e Traumatologia	917	28	28
Ostetricia	2090	63	63
Otorinolaringoiatria	442	13	13
Pediatria	1335	40	40
Psichiatria	538	16	16
Riabilitazione Neurologica	335	10	10
Urologia	924	28	28
<b>Totale</b>		<b>315</b>	<b>315</b>

**Tabella n.15** - Monitoraggio compilazione FUT- PO Sant.Antonio Abate , Cantù

reparto dimissione	n. dimessi	campione 3%	FUT controllati
Chirurgia Generale	571	17	16
Cure Sub Acute	297	9	9
Medicina Generale	1033	31	31
Ortopedia Traumatologia	390	12	13
Otorinolaringoiatria	37	1	1
Pediatria	824	25	25
Psichiatria	400	12	12
Riabilitazione Cardio-Respiratoria	294	9	8
<b>Totale</b>		<b>115</b>	<b>115</b>

**Tabella n.16** - Monitoraggio compilazione FUT – PO Erba Renaldi, Menaggio

reparto dimissione	n. dimessi	campione 3%	FUT controllati
Medicina Generale	589	18	18
Chirurgia Generale	367	11	13
Ortopedia e Trumatologia	236	7	7
Psichiatria	277	8	7
Riabilitazione Specialistica	113	3	8
<b>Totale</b>		<b>47</b>	<b>53</b>

La scheda per la valutazione della compilazione del FUT (riportata nella pagina seguente) comprende complessivamente **18 item** che intendono verificare:

- i dati anagrafici e la presenza di eventuali allergie;
- il processo di prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica;
- la mancata somministrazione e/o la sospensione della terapia;
- la completezza della prescrizione della terapia al bisogno;
- la terapia consigliata alla dimissione.

Di ogni unità operativa è stata compilata un'apposita scheda riassuntiva con indicato, per ciascun item, il numero e la percentuale di risultati positivi e di quelli negativi e le eventuali osservazioni raccolte durante la verifica dei FUT.

La procedura PO.000.92 "Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica", redatta sulla base della Raccomandazione Ministeriale n. 17 per la Riconciliazione Farmacologica, prevede il monitoraggio annuale dell'indicatore relativo alla applicazione della procedura.

Nelle tabelle successive sono riportati, suddivisi per presidio ospedaliero, il dettaglio dei risultati per unità operativa relativo all'item n. 18 e il corrispondente valore percentuale dell'indicatore espresso come di seguito:

**N. di cartelle cliniche contenenti schede correttamente compilate**

**N. totale di cartelle cliniche esaminate**

**Tabella n.17** - Presidio ospedaliero Sant'Anna - San Fermo della Battaglia - Riconciliazione farmacologica

Reparto	TOTALI				% SI - NV
	SI	NO	NV	N. SCHEDE	
CHIRURGIA GENERALE	8	15	2	25	35%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6	5	0	11	55%
CHIRURGIA PLASTICA	3	6	1	10	33%
CHIRURGIA TORACICA	1	2	0	3	33%
CHIRURGIA VASCOLARE	1	7	0	8	13%
CURE SUB ACUTE	12	0	0	12	100%
GINECOLOGIA	2	10	1	13	17%
MEDICINA GENERALE	18	0	3	21	100%
NEUROCHIRURGIA	7	7	0	14	50%
ORTOPEDIA	17	10	1	28	63%
OSTETRICIA	57	4	2	63	93%
OTORINOLARINGOIATRIA	5	5	3	13	50%
PEDIATRIA	37	0	3	40	100%
PSICHIATRIA	16	0	0	16	100%
RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	10	0	0	10	100%
UROLOGIA	8	20	0	28	29%

**Tabella n.18** - Presidio ospedaliero Sant'Antonio Abate – Cantù –  
Riconciliazione farmacologica

Reparto	TOTALI				% SI - NV
	SI	NO	NV	N. SCHEDE	
CHIRURGIA	17	0	0	17	100%
CURE SUB ACUTI	9	0	0	9	100%
MEDICINA	31	0	0	31	100%
ORTOPEDIA	13	0	0	13	100%
OTORINOLARINGOIATRIA	1	0	0	1	100%
PEDIATRIA	22	2	1	25	92%
PSICHIATRIA	12	0	0	12	100%

**Tabella n.19** - Presidio ospedaliero Erba Renaldi – Menaggio  
Riconciliazione farmacologica

Reparto	TOTALI				% SI - NV
	SI	NO	NV	N. SCHEDE	
CHIRURGIA	6	6	1	13	50%
MEDICINA	13	4	1	18	76%
ORTOPEDIA	7	0	0	7	100%
PSICHIATRIA	7	0	0	7	100%
RIABILITAZIONE	6	2	0	8	75%

## IL PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE

### I Raggruppamenti legali/medico legali

La ASST Lariana ha partecipato regolarmente alle riunioni del Tavolo Tecnico per la Gestione dei Sinistri - del Raggruppamento Interaziendale Risk Management INSUBRIA, tenutesi nel corso dell'anno 2019.

Nel corso delle riunioni sono stati presentati, per promuoverne la discussione, casi ASST di particolare complessità sia clinica che procedurale.

### Copertura assicurativa RCT/RCO

L'ASST Lariana attualmente è dotata di polizza assicurativa SHAM n.156473 a far tempo dalle ore 24 del 31.12.2017 alle ore 24 del 31.12.2020.

### Gestione del contenzioso

Il comitato valutazione sinistri aziendale è costituito secondo le direttive della Circolare regionale 46/SAN ed si avvale delle componenti dell'UOC Affari Generali e Legali, Medicina Legale, Risk management e Mediazione dell'ascolto e dei conflitti.

Con provvedimento deliberativo n. 877/2018 è stata adottata la procedura relativa alla gestione della sinistrosità da responsabilità sanitaria conseguentemente alla evoluzione normativa ed alla evoluzione delle polizze RCT/O.

Con deliberazione n. 375 del 19 aprile 2019 è stata modificata la composizione del Comitato Valutazione Sinistri dell'AST Lariana.

Nel corso del 2019 il CVS si è riunito nelle seguenti date: 9 gennaio, 22 gennaio, 27 febbraio, 7 maggio, 7 giugno, 16 luglio, 26 settembre, 15 novembre, 6 e 16 dicembre 2019.

I sinistri complessivamente valutati dal CVS nel 2019 sono n. 212 di cui denunciati e rubricati n.60.

## **GEDISS**

Con provvedimento deliberativo n. 1103 del 3. 12.2018, l'ASST Lariana ha aderito in via sperimentale al sistema per la gestione digitale dei sinistri sanitari GE.DI.S.S. sviluppato da Regione Lombardia con il supporto di Lombardia informatica.

## **Ascolto e Mediazione dei conflitti**

Nel 2019 sono stati effettuati n. 15 ascolti e nr. 6 incontri congiunti di mediazione per un totale di nr. 21 incontri.

Dato il consolidato funzionamento, il Servizio di Mediazione di ASST Lariana, ha proceduto all'adozione di alcune misure per perfezionare l'attività del servizio stesso:

- Organizzazione di corsi aziendali o interaziendali per formare nuove risorse:  
ASST Lariana si è concluso l'addestramento interno di un operatore mediante affiancamento durante gli ascolti e le mediazioni, discussione dei casi, partecipazione al CVS, partecipazione agli incontri regionali del gruppo ristretto dei mediatori nonché del network allargato. Tale modalità è stata condivisa con i colleghi mediatori di Regione Lombardia .

Per quanto attiene le attività di formazione, i Referenti dell'Ufficio hanno partecipato al corso, organizzato da Polis Lombardia, "Gestione della relazione tra i team di Ascolto e Mediazione della Regione Lombardia e i professionisti e gli utenti delle Aziende Sanitarie in conflitto fra loro", tenutosi nelle giornate del 28 maggio e del 04 giugno 2019.

E' stata assicurata la partecipazione al gruppo ristretto dei mediatori in data 7 maggio 2019.

Nel corso dell'anno, diversi operatori hanno fatto riferimento al servizio di Mediazione per confrontarsi circa le più corrette modalità di relazione e di comunicazione con pazienti o con parenti particolarmente complessi da gestire dal punto di vista relazionale.

Il servizio di Mediazione ha segnalato al Risk Management 2 casi in cui si è evidenziato un rischio clinico, in particolare riferito all'ambito trasfusionale e delle vaccinazioni.

- Predisposizione di spazi dedicati all'attività:  
in ASST Lariana è già presente uno spazio appropriato che viene utilizzato per gli incontri di ascolto e mediazione
- Diffusione della conoscenza del Servizio agli operatori ed ai cittadini (tramite intranet/internet)  
Per i cittadini, il Servizio è presentato e illustrato sul sito internet ed esiste una casella di posta elettronica dedicata.  
Per gli operatori, è stata aggiornata la procedura aziendale dedicata alla gestione dei reclami e delle segnalazioni che descrive anche le attività del Servizio di Mediazione. Si prevede, qualora possibile, di creare una sezione riferita alla mediazione anche sulla pagina intranet aziendale, per favorire la conoscenza del servizio da parte degli operatori
- Agevolare lo scambio di collaborazione fra i Mediatori:  
Non sono previsti al momento scambi di mediatori, pur essendo disponibili in caso di necessità o richieste
- Favorire percorsi per l'intercettazione dei casi:  
attualmente, i casi che possono beneficiare del percorso di Mediazione vengono facilmente intercettati dall'URP, cui afferisce il Servizio di Mediazione.  
Inoltre, il Servizio è ben noto alle Direzioni ed è strutturato in capo alla UOC Affari Generali e Legali, pertanto da questi vengono segnalati altri casi da trattare con tale strumento.

## **Trasparenza dati**

In conformità con la Legge 24/2017 si è provveduto entro il 31 marzo 2019 alla pubblicazione sul sito internet 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 (2014-2018)

## **I NETWORK e gli Eventi Formativi**

E' stata assicurata la partecipazione del Risk Manager, del Responsabile CVS e delle altre figure che operano nell'ambito del risk management agli eventi formativi organizzati in tema di gestione del rischio e del contenzioso.

Il Risk Manager e il Responsabile del CVS hanno partecipato ai Network Risk Management in Sanità tenutisi in data 14/3, 20/6 e 17/12.

## **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

E' proseguita l'attività di redazione/revisione/aggiornamento di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative, PDT/PDTA relative 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.

Nel 2019 sono stati pubblicati n. 54 documenti con riferimento a processi con impatto sulla gestione del rischio clinico di cui n. 31 di nuova emissione e n. 23 revisione.

n. 40 documenti relativi agli ambiti amministrativi impattano il risk management in generale.

## **PROGETTI SPECIFICI**

Coerentemente agli indirizzi strategici della politica aziendale in tema di qualità e gestione del rischio, la progettualità per l'anno 2019 ha integrato i piani di lavoro annuali sviluppati dalle diverse articolazioni aziendali che perseguono istituzionalmente obiettivi finalizzati alla sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Qui di seguito la descrizione sintetica dello sviluppo dei progetti. In allegato al presente documento di rendicontazione sono riportate le schede di dettaglio nel format regionale: Allegato 1 schede A, B e C e Allegato 2 schede A e B.

### **a) "Sicurezza in sala operatoria secondo un approccio orientato ad una logica di sistema",**

Raccomandazioni correlate:

- n. 2. prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- n. 3. corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- n. 7. prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica;
- n.9. prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
- n.11. morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

Nel corso dell'anno è proseguito il progetto, in collaborazione con il Risk Manager SHAM, per l'analisi e la mappatura dei rischi in ambito chirurgico attraverso la strutturazione di un corso di formazione sul campo a cui hanno partecipato diversi professionisti.

Gli obiettivi del corso sono stati:

- identificare e misurare i rischi connessi al percorso del paziente chirurgico nella fase preoperatoria, intraoperatoria e post operatoria valutandone la rischiosità residua al netto delle azioni ed iniziative già implementate;
- definire le priorità di intervento secondo una metodologia standardizzata;
- identificare ed adottare un piano di miglioramento concreto ed attuabile che migliori anche la percezione degli operatori

L'attività formativa si è svolta nelle seguenti date 7/6/2019, 11/9/2019, 9/10/2019, 16/10/2019, 6/11/2019, 9/12/2019.

Nel corso degli incontri il gruppo dei discenti, coordinato dalla Risk Manager aziendale e dalla Risk Manager SHAM, ha analizzato **85 rischi relativi al percorso chirurgico** del paziente nelle sue fasi pre, intra e post-operatoria, così come riportati nello strumento e ampliati sulla base della Check List di Autovalutazione di Regione Lombardia. Il gruppo ha proceduto per ciascun rischio alla valutazione della frequenza di accadimento e della gravità, attribuendo uno specifico punteggio mediante una scala numerica. Nella fase successiva sono stati presi in considerazione gli strumenti di gestione che l'azienda ha posto in essere, valutandoli secondo i criteri di pertinenza, affidabilità, supervisione e tracciabilità e attribuendo per ciascuno un punteggio. L'integrazione dei due punteggi così ottenuti ha permesso di descrivere l'evoluzione di ciascun rischio, da rischio lordo a rischio netto, e di porre l'attenzione sui rischi oggettivamente più rilevanti e quindi prioritari per i quali sarà necessario definire piani d'azione specifici per la loro riduzione. Nell'ambito del percorso chirurgico del paziente sono stati individuati complessivamente n. 6 rischi prioritari, per i quali sono stati individuati, in sessione plenaria le proposte di azioni di miglioramento. L'analisi dei rischi insieme alla valutazione di impatto, fornito dagli strumenti di gestione che l'azienda ha posto in essere, ha permesso di porre l'attenzione sui rischi oggettivamente più rilevanti e quindi prioritari per i quali sarà necessario definire piani d'azione specifici per la loro riduzione.

Nell'ambito del percorso chirurgico del paziente sono stati individuati complessivamente n. 6 rischi prioritari, per i quali sono state condivise, nell'ultimo incontro svolto in sessione plenaria, le proposte di azioni di miglioramento.

## **b) Approccio quali-quantitativo tra pari al percorso sicuro del paziente in emergenza urgenza**

Raccomandazioni correlate:

- n. 3. corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- n.4. prevenzione suicidio di paziente in ospedale
- n.7. prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica;
- n.8 .prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- n.9. prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
- n.11. morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- n.15 . morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
- n. 17: riconciliazione della terapia farmacologica.

Parallelamente a quanto fatto per l'ambito chirurgico, nel corso dell'anno è proseguito anche il progetto per l'analisi e mappatura dei rischi nell'ambito dell' emergenza-urgenza attraverso la strutturazione di un corso di formazione sul campo a cui hanno partecipato diversi professionisti.

**Gli obiettivi del corso** sono stati:

- è identificare e misurare i rischi connessi al percorso del paziente in emergenza urgenza valutandone la rischiosità residua al netto delle azioni ed iniziative già implementate;
- definire le priorità di intervento secondo una metodologia standardizzata;
- identificare ed adottare un piano di miglioramento concreto ed attuabile che migliori anche la percezione degli operatori

L'attività formativa si è svolta nelle seguenti date 27/5/2019, 17/6/2019, 9/9/2019, 7/10/2019, 22/11/2019, 9/12/2019.

Nel corso degli incontri il gruppo dei discenti, coordinato dalla Risk Manager aziendale e dalla Risk Manager SHAM, ha analizzato **59 rischi relativi al percorso del paziente che accede al Pronto Soccorso**, così come riportati nello strumento e ampliati sulla base della Check List di Autovalutazione di Regione Lombardia. Il gruppo ha proceduto per ciascun rischio alla valutazione della frequenza di accadimento e della gravità, attribuendo uno specifico punteggio mediante una scala numerica. Nella fase successiva sono stati presi in considerazione gli strumenti di gestione che l'azienda ha posto in essere, valutandoli secondo i criteri di pertinenza, affidabilità, supervisione e tracciabilità e attribuendo per ciascuno un punteggio. L'integrazione dei due punteggi così ottenuti ha permesso di descrivere l'evoluzione di ciascun rischio, da rischio lordo a rischio netto, e di porre l'attenzione sui rischi oggettivamente più rilevanti e quindi prioritari per i quali sarà necessario definire piani d'azione specifici per la loro riduzione. L'analisi dei rischi insieme alla valutazione di impatto, fornito dagli strumenti di gestione che l'azienda ha posto in essere, ha permesso di porre l'attenzione sui rischi oggettivamente più rilevanti e quindi prioritari per i quali sarà necessario definire piani d'azione specifici per la loro riduzione.

Nell'ambito del percorso del paziente che accede al Pronto Soccorso sono stati individuati complessivamente **n. 9 rischi prioritari**, per i quali sono state condivise, nell'ultimo incontro svolto in sessione plenaria, le proposte di azioni di miglioramento.

### **c) "Parliamo di sostanze d'abuso nei giovani: attivazione della rete invisibile"**

Raccomandazioni correlate:

n. 4. prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;

n. 8. prevenire gli atti di violenza a danno di operatori sanitari;

n.15. morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso.

Nella seconda annualità del progetto avviato nel 2018 l'area di interesse ha ricompreso anche l'abuso alcolico. Sono stati coinvolti tutti i referenti delle strutture aziendali interessate del DSMD in particolare SERT, settore Tossicologico del Laboratorio analisi e PS di Como ed è proseguita la collaborazione con il Centro Antiveneni di Pavia 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.

I Sert dell'ASST Lariana, servizi pubblici per la cura e riabilitazione delle persone affette da dipendenze patologiche, nel 2019 hanno preso in carico 3.212 pazienti con un aumento del 10% rispetto al 2018. I nuovi accessi rappresentano il 25,3% dei pazienti seguiti. Si tratta di dipendenza da sostanze illegali (77%), alcolodipendenza (16%), gioco d'azzardo patologico (5%) e tabagismo (2%).

Sostanza d'abuso primaria	%	Sostanza d'abuso secondaria	%
Oppiacei	64	Cocaina	50,7
Cocaina	27,1	Cannabinoidi	23,2
Cannabinoidi	8,3	Alcol	16,8
Amfetamine	0,2	Eroina	5,3
Altro (ipnotici,BDZ, altro)	0,2	Stimolanti e allucinogeni	3,1
Stimolanti, allucinogeni	0,2	Altro (ipnotici,BDZ, altro)	0,9
Totale	100		100

Il DSMD ha avviato nel corso del 2019 una serie di azioni migliorative mirate di tipo conoscitivo, formativo e informativo a carattere multidimensionale e multidisciplinare, con l'obiettivo di migliorare le capacità di intervento e di presa in carico dei soggetti interessati: iniziative di informazione/formazione e sviluppo di integrazione per riconoscere il problema ed effettuare un aggancio precoce

Numerose le iniziative di informazione/formazione realizzate nel 2019 sul tema dell'uso di sostanze tra i giovani con particolare riferimento anche alle NSP, rivolte sia alla popolazione che agli operatori delle diverse UO del DSMD finalizzate ad integrare le competenze reciproche in funzione dei rischi di sviluppo di psicopatologie correlate favorendo l'invio precoce dei pazienti ai servizi di cura e alla presa in carico integrata dei casi clinici.

- 15/3/2019 Fenegrò "Il cervello organo bersaglio per demenza, dipendenza e malattie cerebrovascolari: prevenire è possibile"
- 23/10/2019 Como in Salute Liceo Volta "Abuso di sostanze e di alcol"
- 17/9/2019 Incontro promosso dalla Commissione Farmaci rivolto al personale sanitario ASST Lariana con dott. Carlo Locatelli Direttore Centro Antiveneni di Pavia su Ketamina nella pratica clinica e presentazione delle NSP.
- 5/12/2019 Auditorium S. Fermo Convegno "Il paziente con disturbo da gioco d'azzardo: integrazione Ospedale/Territorio per la presa in carico precoce nei servizi di cura Sert"
- 11/12/2019 S. Fermo Convegno "Psicopatologia dell'adolescenza tra emergenza e continuità delle cure all'incrocio tra psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenze"
- Raccordo con il Laboratorio Tossicologia ASST Lariana per la ricerca delle NSP in situazioni cliniche che inducono il sospetto di assunzione da parte dei Sert, UO del DSMD e Pronto Soccorso. Nel corso del 2019 sui ricoveri in SPDC provenienti dal Pronto Soccorso con quadri clinici in urgenza compatibili con l'assunzione di NSP sono state richieste diverse ricerche su tali sostanze, sia di ambito aziendale che in collaborazione con il CAV di Pavia. Anche i Sert hanno richiesto la ricerca di NPS su diversi campioni. La sostanza principalmente ritrovata è stata la Ketamina e in alcune situazioni MDMA. Sempre nell'ambito delle sostanze illegali importante il ritorno del frequente riscontro di positività all'eroina nei campioni analizzati, in particolare in quelli inviati dai Sert, oltre naturalmente a cannabis e cocaina. Altro riscontro importante la positività dei campioni dell'ETG correlato all'abuso di alcol in binge drinking.
- Diffusione in rete delle segnalazioni del Sistema di Allerta Rapido su nuove sostanze in circolazione e loro effetti tossici.
- Progetto Integrazione Consultorio, NPJA, Sert area Medio Lario per intervento precoce in adolescenza.



- Progetto regionale POR Adolescenti per l'inclusione sociale di adolescenti in difficoltà e loro famiglie.
- Predisposizione, stampa e divulgazione locandina "Sert. Rompere con la dipendenza è possibile"
- Progetto di Prossimità nei luoghi del divertimento "Party con noi" della Coop. Lotta all'Emarginazione integrato con Comune di Como e i Sert ASST per rilevare l'abuso di alcol e sostanze tra i giovani e prevenire in particolare l'incidentalità stradale
- In considerazione della frequente presenza di alterazioni comportamentali accanto ai sintomi fisici (si pensi ai quadri di *Excited Delirium Syndrome*) nei soggetti intossicati che giungono all'osservazione, sono stati condotti nel corso del 2019 - capofila il Risk Management aziendale – due edizioni di un corso di formazione per la gestione relazione delle condotte aggressive e a rischio di violenza, rivolte al personale del Pronto Soccorso, del DSMD, della sicurezza interna e della Polizia di Stato

Le azioni hanno portato a:

- maggiore conoscenza e consapevolezza del problema dell'uso di sostanze e alcol tra i giovani e delle sue conseguenze
- conoscenza dei Servizi di cura Sert con facilitazione dell'invio della casistica per un aggancio precoce della problematica
- gestione congiunta dei casi clinici comorbili.

### **"Progetto interaziendale sulla Medicina penitenziaria"**

in collaborazione con le seguenti Aziende: ASST Spedali Civili (capofila), ASST Pavia (capofila), ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Sondrio, ASST Mantova, ASST Lodi, ASST PG23, ASST Sette Laghi, ASST Monza, ASST Cremona, ASST Lecco, ASST Valle Olona della durata di 3 anni.

Raccomandazioni correlate:

- n.1 corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
- n. 3 corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- n.4. prevenzione suicidio di paziente in ospedale
- n.7. prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica;
- n.12 prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look alike/sound alike"
- n. 17: riconciliazione della terapia farmacologica
- n.18 prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

**Gli obiettivi** definiti sono rappresentati da :

- Risk assessment Analisi di contesto strutturata degli aspetti di rischio clinico applicati alla assistenza sanitaria erogata presso gli Istituti penitenziari, con focus particolare sul processo di gestione del Farmaco, partendo dal censimento degli Istituti penitenziari effettuato dalla U.O.S.P. regionale,
- Estensione ed implementazione del sistema di I.R. con gli stessi strumenti e metodologia attualmente in uso presso l'ASST Lariana,
- Prevenzione del Suicidio
- Individuazione delle macroaree di maggior impatto sul rischio clinico con definizione di progetti di sviluppo specifici e relative azioni di miglioramento.
- 

Il tavolo di lavoro, attivato da Regione Lombardia con i Risk Manager e altri professionisti delle ASST lombarde che comprendono gli istituti penitenziari, si è riunito in data 14 febbraio, 14 marzo, 26 giugno e 12 novembre; durante tali incontri si è proceduto alla predisposizione di una check list di Risk Assessment e alla successiva elaborazione dei dati raccolti in merito alle seguenti aree:

- organizzativa

- documentazione clinica
- risk management
- international patient safety goals
- percorso di cura e assistenza
- consenso informato.

Il progetto proseguirà nel 2020.

### **“Progetto interaziendale sulla segnalazione di near miss/eventi avversi/eventi sentinella” tramite software**

in collaborazione con le seguenti Aziende: ASST Vimercate, ASST Monza, ASST Lecco, ATS Monza. L’obiettivo prioritario è di rendere tracciabile e implementare la segnalazione di errori o quasi errori da parte del personale aziendale.

E’ stata analizzata la possibilità di condividere con le ASST di Vimercate (capofila del progetto), ASST di Monza, ASST Lecco e ATS Monza e Brianza, lo strumento software per le segnalazione di incident reporting denominato Risk Buster elaborato dalla ASST Vimercate.

Si è proceduto alla configurazione di un primo ambiente di test con la creazione dell’ambiente di base, l’inserimento delle strutture e sottostrutture aziendali e la creazione dei gruppi di gestione e degli utenti.

In previsione dell’attivazione del suddetto software, è stata revisionata la procedura aziendale PO.000.63 “Incident Reporting” e relativi allegati.

Il progetto ha subito un’interruzione per la valutazione da parte dei referenti della privacy delle singole Aziende partner.

### **EVENTI FORMATIVI**

Gli Eventi formativi del Piano Formazione Aziendale 2019 con attinenza all’ambito della qualità e sicurezza che sono stati realizzati sono: .

1. L’evento residenziale dal titolo “La gestione del rischio in sala parto: Sistemi di allerta precoce in Ostetricia”,
2. La formazione sul campo “Incontri periodici multidisciplinari sulla qualità e sicurezza”
3. La formazione sul campo del gruppo di lavoro integrato per l’analisi dei trigger in sala parto
4. La formazione sul campo del gruppo di lavoro GAD cadute
5. La formazione sul campo del gruppo di lavoro sul percorso del paziente in emergenza, urgenza
6. La formazione sul campo del gruppo di lavoro sul percorso del paziente chirurgico
7. La formazione sul campo del CIO e del GOCIO
8. Il corso su “Gestione delle condotte aggressive e violente: strategie di de-escalation”
9. Il convegno su “ Le nuove sostanze psicoattive tra consumi e strategie di intervento ospedale/territorio per fronteggiare l’emergenza”

In allegato al presente documento le schede di dettaglio, nel quale sono indicati i partecipanti che hanno superato il corso con la partecipazione pari al 90% della durata del corso stesso (Allegato 3 Rendiconto corsi RM 2019) e nell’ Allegato 3 BIS Rendiconto corsi RM 2019 dei partecipanti ai corsi di formazione del CIO e del GOCIO.

### **COMUNICAZIONE**

In allegato l’elenco delle attività realizzate nel corso del 2019 in tema di comunicazione su tematiche relative al rischio.