



Al Direttore Generale

Dell'ASST Melegnano e della
Martesana

SEDE

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SU EVENTI AVVERSI SEGNALATI
NELL'ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA NELL'ANNO 2019****E AZIONI DI MIGLIORAMENTO****(ART. 2 LEGGE N. 24/2017)****1. PREMESSA LEGISLATIVA**

L'articolo 2 comma 5 della legge n. 24/17 (cosiddetta Legge Gelli-Bianco) impone a tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, di predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi ed azioni di miglioramento intraprese, da pubblicare sul sito web istituzionale, oltre ai dati sugli importi dei risarcimenti degli ultimi 5 anni. La presente relazione costituisce l'aggiornamento, per scorrimento, della precedente, pubblicata sul sito web istituzionale in data 30/3/2019.

2. LA STRUTTURA DELL'ASST

Per contestualizzare i dati della presente relazione occorre considerare quale sia l'organizzazione e la presenza territoriale dell'Azienda sanitaria. Ciò in quanto l'analisi della sinistrosità non può prescindere dall'ampiezza, complessità clinica e numerosità delle attività svolte e, conseguentemente, dal livello di rischio assunto che, tramite le azioni di miglioramento del Clinical Risk Management, si cerca di contenere.

Nel 2019 l'ASST Melegnano e della Martesana è stata presente sul territorio con: 4 Presidi ospedalieri, 1 P.O.T. e 1 Pre.S.ST., 14 ambulatori territoriali, 23 strutture sociosanitarie.

Nella Tabella A) sono riportati i numeri dei ricoveri nell'anno di riferimento confrontati con quelli dell'anno precedente:

PRESIDI	000 - TUTTI I DRG								
	NumDO			NumDH/DS			NumTot		
	Anno 2018	Anno 2019	delta %	Anno 2018	Anno 2019	delta %	Anno 2018	Anno 2019	delta %
Presidio_Vizzolo	10.704	10.446	-2,4%	1.308	1.173	-10,3%	12.012	11.619	-3,3%
Presidio_Cernusco	4.859	4.409	-9,3%	435	507	16,6%	5.294	4.916	-7,1%
Presidio_Melzo	6.066	5.467	-9,9%	433	491	13,4%	6.499	5.958	-8,3%
Presidio_Cassano	549	546	-0,5%	-	-		549	546	-0,5%
POT_Vaprio	304	265	-12,8%	437	270	-38,2%	741	535	-27,8%
Totale_presidi	22.482	21.133	-6,0%	2.613	2.441	-6,6%	25.095	23.574	-6,1%

n.b.: come lo scorso anno i dati dei ricoveri sono al netto dei sub acuti e delle cure palliative perché non sono considerati nel flusso sdo e anche i posti letto non sono considerati tali ma vengono chiamati posti tecnici

Nella Tabella B) sono invece riportati i numeri dei posti letto a gennaio 2019:

B)

POSTI LETTO AGGIORNATI A GENNAIO 2019

	Totale letti attivati	Di cui	
		Letti DH+DS	Tot. Ordinari attivati
Presidio Vizzolo + Stabil. Cassano	337	14	323
Presidio Cernusco + Stabil. Vaprio	184	27	157
Presidio Melzo	148	10	138
TOTALE AZIENDA	669	51	618

DEFINIZIONI

Evento sentinella:

è un evento inatteso, di particolare gravità, che comporta la morte o un grave danno al paziente. E' un indicatore di possibile malfunzionamento dell'Azienda, che può determinare sfiducia dei cittadini nel sistema sanitario. Il Ministero della Salute ha individuato 16 tipologie di eventi sentinella, per l'elenco delle quali si rinvia alla Tabella F) della presente relazione.

Evento avverso:

è un danno o un disagio imputabile alle cure degli operatori che causa un peggioramento delle condizioni di salute. Può essere previsto o non prevedibile.

Near miss:

è un "quasi evento avverso". Si evita l'incidente grazie ad un tempestivo intervento dell'operatore.

Rischio clinico:

è la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso.

3. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AZIENDA

Da anni il sistema sanitario nazionale e regionale hanno individuato all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private la funzione deputata alla Gestione del Rischio Clinico.

L'attività di Risk Management è volta ad individuare, analizzare e ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili, identificando con gli operatori le barriere più efficaci e sostenibili da introdurre stabilmente nell'organizzazione per evitare che si ripetano.

Nell'ottica di integrazione fra offerta ospedaliera e territoriale prevista nella legge di riforma sanitaria regionale n. 23/2015 è risultato ancora più importante seguire il paziente considerando l'interezza dei percorsi: dalla presa in carico all'attivazione dei diversi punti di offerta, non solo ospedalieri ma anche territoriali.

Nell'ambito del nuovo POAS dell'ASST Melegnano e della Martesana, approvato con deliberazione n. 434 del 22/5/2017, l'attività di Risk Management è stata posta in staff al Direttore Generale e ciò ad indicare la strategicità del settore, a presidio anche degli impatti economici che i sinistri hanno sul bilancio dell'Ente. A questo si aggiunga che, sempre nel nuovo POAS, è stata internalizzata la figura del Medico legale, cui è stato conferito l'incarico di coordinatore del Comitato Valutazione sinistri (CVS) in raccordo con l'Avvocatura aziendale, anch'essa posta in staff al Direttore Generale.

Il Risk Manager redige annualmente un piano per la gestione e la prevenzione degli eventi avversi, in cui sono individuate le aree di maggior rischiosità sulle quali intervenire e la formazione da dedicare agli operatori affinché agiscano nel rispetto di quanto definito dalle regole.

In continuità con la strategia delineata con la circolare 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti ed alla luce della già citata legge n.24/2017, è proseguita la formulazione di indicazioni regionali per le attività di Risk Management alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private della Lombardia.

Le tematiche prioritarie individuate da Regione Lombardia nelle Linee Operative Risk Management 2019:

- Area travaglio/parto segnalazione Trigger materni e fetali in ambito ostetrico
- Infezioni-Sepsi
- Sicurezza del paziente in sala operatoria
- Rischio nell'utilizzo dei farmaci
- Rischi nell'ambito di impiego delle radiazioni
- Rischi in ambito di Continuità Assistenziale
- Violenza a danno degli operatori

4. GLI EVENTI AVVERSI. COMPARAZIONE ANNO 2018 VS 2019.

Gli eventi avversi vengono segnalati alla struttura Qualità e Rischio via fax come da procedura Aziendale. I moduli di segnalazione e relativa procedura "PROCEDURA GENERALE AZIENDALE GESTIONE E COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI", sono reperibili sull'intranet aziendale alla voce Risk Management.

Tutti gli operatori dell'azienda sono stati formati nel corso degli anni (tali corsi di formazione sono stati tenuti anche nell'anno in corso) alla corretta segnalazione degli eventi. Il Risk Manager e due infermieri afferenti alle strutture di Qualità e Rischio, provvedono all'analisi delle segnalazioni e alla messa in atto/programmazione di azioni correttive e di miglioramento, per tutti i Presidi e per le aree territoriali dell'azienda, ove vengano segnalati eventi avversi e near miss.

Per l'analisi dei casi viene utilizzata una scheda di analisi degli eventi, che viene validata e firmata dal Risk Manager quando il caso si ritenga chiuso (qualora si ritenga che tutte le azioni necessarie siano state messe in atto). Tutte le schede vengono archiviate presso l'ufficio Qualità di Cernusco.

Nell'anno in corso sono stati segnalati 64 eventi avversi e 41 near miss, per un totale di 105 eventi che sono stati gestiti come da Procedura Aziendale, come precedentemente spiegato. Si segnala che in questo numero non sono comprese le cadute e gli eventi di aggressione al personale, che seguono un percorso a parte.

Per alcuni eventi di particolare rilevanza o gravità sono stati eseguiti dal Risk Manager e collaboratori, adeguati Audit ed RCA (Root Cause Analysis) per implementazione di adeguate azioni correttive e di miglioramento e successivo monitoraggio. Tutti i verbali di audit ed RCA sono disponibili presso l'Ufficio Risk Management. La Direzione strategica e le Direzioni Mediche dei vari presidi, vengono sempre informate dal Risk Manager e coinvolte nelle Attività di gestione del Rischio, nell'ottica di una proficua collaborazione che mira alla sicurezza dei pazienti ma anche di tutti gli operatori.

5. GESTIONE EVENTI SENTINELLA

Nel 2019 sono stati inseriti in SIMES 4 Eventi Sentinella.

- ID SIMES 10542 : Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o successive procedure
- ID SIMES 10546 :Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

- ID SIMES 10248: Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

- ID SIMES 10553 : Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico

Anche per gli Eventi Sentinella viene seguita la procedura Aziendale redatta in ottemperanza alle indicazioni Ministeriali. Si sta provvedendo alla messa in atto delle azioni correttive definite dopo RCA, le quali verranno rendicontate nel 2020.

6. CADUTE

Il Decreto della Direzione Generale Sanità n.7295 del 22.07.2010 ha fornito le linee di indirizzo e i requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta, a far seguito alla circolare regionale 46/SAN/2004 del 27.12.2004 che stabiliva le linee di indirizzo prioritarie in merito alla gestione del rischio sanitario, fra cui il rischio caduta.

In ottemperanza a quanto sopra, era già stata emanata la Deliberazione aziendale n.868 del 20.12.2010 sull'argomento.

Nel 2018, poiché alcuni componenti del GAD non erano più presenti in Azienda, si era resa necessaria la loro sostituzione e il ripristino dell'Attività del gruppo. Pertanto è stato deliberato un nuovo GAD (Gruppo Aziendale Dedicato) come da indicazioni Regionali e come da Raccomandazione Ministeriale n.13 del novembre 2011 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", in cui viene indicata la necessità di costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per la predisposizione di un programma di gestione del rischio (delibera n.1208 del 30.11.2018 "Ricostituzione del gruppo di lavoro aziendale dedicato GAD CADUTE e nomina dei componenti).

Il GAD sovrintende al piano strategico per la prevenzione delle cadute, definisce le fasi di realizzazione e le relative tempistiche, individua le risorse disponibili, individua le criticità e i punti di forza nelle Attività progettate e nella loro implementazione.

7. AGGRESSIONI AGLI OPERATORI

Nel 2019 sono stati segnalati 120 episodi di aggressione a carico degli operatori sanitari. Tutti gli eventi sono stati segnalati al Risk Manager con la stessa scheda di segnalazione degli eventi avversi e hanno seguito la stessa modalità di analisi, benché rendicontati in un file a parte (non sono presenti nel computo totale degli eventi avversi).

La maggior parte degli agiti aggressivi risultano essere:

- Aggressione verbale da parte di paziente verso operatore
- Aggressione fisica da parte di paziente verso operatore
- Aggressione fisica e verbale da parte di paziente verso operatore

Risultano in aumento le aggressioni verbali con danneggiamento di arredi (mobili, pc ecc) e le aggressioni perpetrate da parte di parenti/accompagnatori di pazienti/utenti nei confronti degli operatori.

Inoltre, nel corso dell'anno si sono effettuati sopralluoghi presso le sedi territoriali (a seguito di segnalazioni di agiti aggressivi a carico degli operatori) per evidenziare le criticità nei confronti dell'utenza al fine di mettere in atto modifiche strutturali a tutela degli operatori. Si sono invitati i Direttori delle UOC a far partecipare gli operatori di tutte le strutture ai corsi di formazione dell'Azienda sull'argomento.

Tutte le attività del gruppo sono state rendicontate al Direttore Generale e riportate in Regione Lombardia come da richiesta della Regione stessa.

È importante rilevare che questa Direzione Strategica fin dal suo insediarsi all'inizio del 2019, si è impegnata per capire quali fosse la strada migliore per contrastare e ridurre gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Infatti il tema delle aggressioni fisiche e verbali nei confronti degli operatori ha assunto il carattere di una vera e propria emergenza che riguarda non solo la Lombardia ma l'intero Paese. La reale dimensione del problema non è nota, ma si ritiene che i dati rilevati a livello nazionale siano solo la punta dell'iceberg di un fenomeno molto complesso. L'azienda promuove innanzitutto (attraverso il gruppo di lavoro di cui sopra) l'ascolto di tutti gli operatori che abbiano subito episodi di aggressione e corsi di formazione in cui vengono forniti elementi teorico-pratici (es.: tecniche di de-escalation) per una sicura gestione del paziente aggressivo e violento. Per dare maggiore impulso a questo percorso, il 30 settembre 2019 presso l'aula magna del presidio di Vizzolo Predabissi si è svolto un convegno dal titolo: "VIOLENZE E AGGRESSIONI AL PERSONALE: QUALI STRUMENTI GIURIDICI PER TUTELARSI?"

8. SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

Nel 2019 si è provveduto alla pubblicazione e diffusione dei documenti:

- Check list apertura/inizio attività blocco operatorio: verifica funzionalità apparecchiature elettromedicali, verifica presenza farmaci, verifica presenza dispositivi medici
- Check list verifica strumentario chirurgico: verifica presenza/assenza dello strumentario chirurgico necessario allo svolgimento della seduta operatoria programmata e del giorno successivo

- Scheda infermieristica assistenziale per i blocchi operatori.

Tali documenti erano stati redatti nel 2018 da un gruppo di lavoro formato dal Risk Manager e dai coordinatori di tutti i blocchi operatori, allo scopo di uniformare la documentazione presente in tutti i blocchi operatori dell'Azienda (Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio, Melzo, Vaprio d'Adda).

L'implementazione dei sistemi di incident reporting, caldeggiata da Regione Lombardia e l'importanza della segnalazione degli eventi, che non ha certo lo scopo di "individuare il colpevole", ma solo quello di migliorare l'attività, viene sottolineata dal Risk manager ogni qual volta viene coinvolto in iniziative di formazione/informazione dei Dipendenti promosse dall'Agenzia.

9. AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NEL 2019.

RACOMANDAZIONI MINISTERIALI

Come da richiesta regionale si sono tenute monitorate le Raccomandazioni Ministeriali procedendo alla ricognizione delle procedure esistenti e alla revisione di quelle datate.

L'attività del 2020 dovrà prevedere la mappatura più sistematica delle procedure e la redazione e pubblicazione di quelle mancanti.

CADUTE

Il lavoro del Gruppo Aziendale Dedicato (GAD) ha portato, nel 2019, alla redazione di un nuovo documento Aziendale "PROCEDURA GENERALE AZIENDALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE" emanato a novembre 2019 dal gruppo di lavoro.

Nella nuova procedura, viene ribadito che le cadute possono avere una eziologia multifattoriale e i fattori di rischio possono essere intrinseci o estrinseci al paziente. A tale scopo si è previsto non solo una valutazione del rischio di caduta nella persona assistita, ma anche una valutazione del rischio ambientale.

Nel documento vengono previsti interventi educativi rivolti alla persona assistita, ai famigliari e caregivers, ma anche interventi rivolti all'ambiente. La struttura Qualità e Rischio inoltre, su indicazione del GAD cadute, ha ripreso e modificato una brochure che era presente in Azienda e che veniva consegnata ai pazienti nei reparti con modalità non strutturata. I contenuti sono stati lievemente modificati e si è creato un poster plastificato dimensioni A3, che nei prossimi giorni verrà distribuito in tutti i reparti e strutture aziendali, contestualmente alla pubblicazione e revisione della nuova procedura Aziendale.

INFEZIONI-SEPSI

Nel 2018 un gruppo di lavoro Aziendale aveva redatto un PDTA Aziendale sulla Sepsis "GESTIONE DELLA SEPSI NELL'ADULTO, IN ETÀ PEDIATRICA E IN OSTETRICIA" che è stato pubblicato a gennaio 2019. Nel 2019 la ASST ha attivato il suddetto percorso diagnostico terapeutico in tutta l'Azienda. Se la sepsi è riconosciuta e trattata entro la prima ora (golden hour) la possibilità di sopravvivenza dell'assistito aumenta fino

all'80%. Il PDTA ha permesso di aggiornare le indicazioni per la corretta e tempestiva gestione della sepsi nell'adulto, in età pediatrica ed in ostetricia. Un team multidisciplinare (1 microbiologo, 1 infettivologo, 1 anestesista, 1 pediatra, 1 infermiera specialista in Rischio infettivo) ha condotto il corso in piccoli gruppi "SEPSI BUNDLE, ANTIBIOTICOTERAPIA E IGIENE DELLE MANI" in varie sedi dell'Azienda sia nei presidi ospedalieri che sul territorio. Il corso si è svolto in 20 edizioni di 4 ore ciascuna, arrivando a formare 517 operatori (medici e infermieri) di tutte le specialità.

Scopo del corso è stato quello di diffondere capillarmente il PDTA e documenti ad esso affini, quali quelli sulla terapia antibiotica empirica e sull'emocoltura.

Tramite il monitoraggio degli indicatori individuati nei documenti è stato possibile rilevare nel secondo trimestre 2019 un miglioramento della adesione al bundle prima ora (misurazione lattati e prelievo ematico come da pannello sepsi, emocolture, somministrazione di antibiotico ev, monitoraggio diuresi e saturazione O₂, eventuale somministrazione di cristalloidi) ed una più opportuna scelta delle molecole antibiotiche per la gestione della sepsi.

Per la prima fase di studio (monitoraggio indicatori primo trimestre 2019 versus secondo trimestre 2019, cioè dopo che gli operatori avevano seguito il corso di formazione) sono state estratte le cartelle del primo e secondo trimestre di pazienti che presentavano in SDO le seguenti codifiche ICD9 CM:

-shock settico

-sepsi

-setticemia

La numerosità del campione è stata calcolata per permettere una adeguata precisione del dato in base alla numerosità totale dei codici di interesse.

La raccolta dati è stata effettuata mediante scheda di rilevazione.

Contestualmente alla diffusione del PDTA e ai corsi di formazione, sono stati prodotti e distribuiti a tutte le strutture dei poster plastificati in formato A3 per facilitare il lavoro degli operatori nel riconoscimento del paziente settico.

Si segnala che in aderenza al progetto "INFOSP", progetto di sorveglianza epidemiologica a partenza dai laboratori di microbiologia, istituito da Regione Lombardia per la lotta contro le Infezioni correlate alle Pratiche Assistenziali, che prevede la raccolta dei dati relativi ad alcuni microrganismi sentinella altamente diffusibili e possibili responsabili di infezioni ospedaliere, le Direzioni mediche dei vari presidi dell'Azienda provvedono a raccogliere i dati richiesti e ad inviare report semestrale a tutti i coordinatori delle UU.OO. dei vari presidi, al Direttore Sanitario Aziendale, al responsabile del CIO, al Dirigente Responsabile DAPSS e al Risk Manager, affinché i dati vengano monitorati e gestiti per quanto necessario.

IGIENE DELLE MANI

Vengono calcolati i consumi di gel antisettico per l'igiene delle mani. Nell'anno 2019, le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni effettuate dalle Direzioni mediche di Presidio, concordate con la Direzione Sanitaria, le infermiere epidemiologhe, la Farmacia, il Laboratorio analisi, il DAPPS, l'Ufficio Qualità e il Risk Manager sono state le seguenti:

- Osservazioni di pratiche assistenziali erogate dagli operatori sanitari volte a verificare il livello di aderenza all'igiene delle mani: i dati raccolti vengono rendicontati nel sopraccitato Report e monitorati dalle Direzioni Mediche di Presidio
- Attività C.I.O. (Comitato Infezioni Ospedaliere)
- Collaborazione con il Risk Manager per la diffusione del PDTA Sepsis compresa

l'attività di docenza

- Studio di prevalenza infezioni ospedaliere
- Sorveglianza delle infezioni dei microrganismi sentinella MDR
- Partecipazione al Progetto Regionale di Sorveglianza Epidemiologica a partenza dai Laboratori di Microbiologia
- Prevenzione e sorveglianza della Legionellosi in Ospedale e nel territorio attuata secondo le indicazioni del protocollo aziendale "Procedura specifica prevenzione e controllo della Legionellosi" -aprile 2017
- Notifiche di malattie infettive all'ATS
- Sorveglianza aspetti igienico sanitari dei servizi esternalizzati
- Formazione

Le relazioni annuali e tutta la documentazione inerente quanto sopra, sono disponibili presso le Direzioni Mediche di Presidio. Poiché l'igiene e l'antisepsi delle mani vengono universalmente riconosciute quali efficaci misure per la prevenzione delle infezioni e molti studi hanno dimostrato che il 15 - 30% delle infezioni acquisite in ambiente sanitario possono essere prevenute con una accurata igiene delle mani, è stata redatta una specifica procedura aziendale "PROCEDURA SPECIFICA IGIENE DELLE MANI" (Rev.3 settembre 2016), diffusa capillarmente a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali, allo scopo di uniformare il comportamento degli operatori dell'Azienda per prevenire e ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA). Le infermiere per la sorveglianza del rischio infettivo, verificano regolarmente la corretta applicazione del protocollo in tutte le UU.OO/Servizi dei Presidi della ASST Melegnano e Martesana, tramite l'osservazione diretta degli operatori, utilizzando la scheda OMS di osservazione. Viene dato un feedback agli operatori (tramite report ai Direttori e Coordinatori).

Viene inviato un report globale ai Direttori Medici di Presidio e al Risk Manager.

La cadenza delle attività di osservazione viene stabilita dalle Direzioni Mediche di Presidio.

Si segnala inoltre, la formazione continua sul lavaggio delle mani. Si coglie l'occasione per ricordare il corso di formazione Aziendale organizzato dalla dottoressa Rita Cursano, Direttore S. C. Farmacia Aziendale dal titolo

"ANTIBIOTICOTERAPIA-LUCI ED OMBRE-2019: ANTIBIOTICI,VACCINI,DISINFETTANTI E ANTISETTICI: STRUMENTI PER IL CONTROLLO DELLE RESISTENZE" che si è svolto in due edizioni di 4 ore ciascuna a

-Cassano d'Adda il 15 ottobre 2019

-Vizzolo Predabissi il 29 ottobre 2019

AREA TRAVAGLIO/PARTO

Nel corso del 2019 si è consolidata la ben strutturata prassi dell'utilizzo della scheda MEOWS. Inoltre, ostetriche, medici e infermieri di tutta l'Azienda afferenti all'area materno infantile, hanno preso parte al corso di formazione "Sepsis bundle, antibioticoterapia, igiene delle mani" che si è svolto in Azienda (come correttamente documentato nell'allegato Corsi Formazione) con il duplice obiettivo di promuovere l'adesione al PDTA Aziendale di gestione della sepsi e migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni delle molecole antibiotiche e l'osservanza dell'igiene delle mani.

Per quanto riguarda i trigger segnalati nel CeDAP, questi vengono raccolti, valutati e monitorati dalle Direzioni Mediche dei presidi di Vizzolo Predabissi e Melzo (presidi i cui si trovano i punti nascita) in collaborazione con il Risk manager Aziendale.

Nel presidio di Vizzolo Predabissi, come da prassi ormai consolidata, ogni mattina presso l'U.O.C. di Ostetricia-Ginecologia viene effettuato un briefing inerente i casi clinici, con particolare attenzione ai trigger ostetrici (i fogli firma della partecipazione agli incontri sui trigger sono presenti presso l'ufficio del Risk Manager).

Agli incontri sono presenti il Direttore dell'U.O.C., la Coordinatrice Ostetrica, i medici di guardia e servizio, il medico smontante la guardia notturna e il personale in servizio nel turno mattutino. I trigger maggiormente riscontrati sono risultati essere la emorragia post partum e la distocia di spalla. L'analisi di casi clinici riguardanti i trigger ostetrici più rilevanti, si sono rivelati molto utili e formativi e molto apprezzati da tutto il personale.

Si segnala che tutto il personale ostetrico ha effettuato corsi formativi on line emanati dall'ISS inerenti alla SEPSI in ostetricia, oltre che corsi residenziali indetti dall'Asst Melegnano-Martesana .

Parte del personale medico e ostetrico ha partecipato ai corsi indetti dall' Asst presso AREU in merito alle emergenze e urgenze in Sala Parto.

Per l'anno 2020 sono previsti gruppi di miglioramento a partire da marzo, inerenti i trigger ostetrici.

Per quanto riguarda il Presidio di Melzo, in data 14.10.2019 si è svolto un incontro strutturato come Corso Residenziale della durata di 4 ore dal titolo "EMORRAGIA POST PARTUM:GESTIONE E PROTOCOLLO", al quale hanno partecipato tutti gli operatori della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia del Presidio di Melzo.

Il tema dell'emorragia post partum è stato affrontato articolandolo in specifiche relazioni:

- Emorragia post partum
- Gestione della paziente e presentazione della bozza della procedure aziendale
- Valutazione della perdita ematica

L'incontro ha rappresentato una occasione per fornire conoscenze tecniche e strumenti utili alla formazione degli operatori per il miglioramento del monitoraggio e della gestione del rischio in sala parto.

L'incontro si è svolto mediante lezioni frontali e mediante esercitazione pratica, finalizzata ad effettuare una stima della perdita ematica più aderente alla realtà.

I fogli firma dell'incontro sono disponibili presso l'ufficio Formazione e in copia, presso l'Ufficio del Risk Manager.

Anche per il Presidio di Melzo tutto il personale ostetrico ha effettuato corsi formativi on line emanati dall'ISS inerenti alla SEPSI in ostetricia, oltre che corsi residenziali indetti dall'Asst Melegnano e Martesana .

Parte del personale medico e ostetrico ha partecipato ai corsi indetti dall'ASST presso AREU in merito alle emergenze e urgenze in Sala Parto.

Per l'anno 2020 sono previsti gruppi di miglioramento a partire da marzo, inerenti i trigger ostetrici.

Si segnala che i Referenti dei Punti Nascita Aziendali hanno partecipato ai 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"
- 2) "Sorveglianza della mortalità materna"
- 3) "Sorveglianza della mortalità perinatale"

SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Nel 2019 si è provveduto alla pubblicazione e diffusione dei documenti:

- Check list apertura/inizio attività blocco operatorio: verifica funzionalità apparecchiature elettromedicali, verifica presenza farmaci, verifica presenza dispositivi medici

- Check list verifica strumentario chirurgico: verifica presenza/assenza dello strumentario chirurgico necessario allo svolgimento della seduta operatoria programmata e del giorno successivo

- Scheda infermieristica assistenziale per i blocchi operatori.

Nel 2019, come da indicazioni Regionali, si è formalizzato un gruppo di lavoro coordinato dal Risk Manager composto da:

-1 infermiera afferente alla struttura Qualità e Rischio (fino a novembre per collocamento a riposo)

- Coordinatore Blocco Operatorio Presidio di Vizzolo Predabissi

- Coordinatore Blocco Operatorio Presidio di Cernusco S7N

- Coordinatore Blocco Operatorio di Melzo

- Coordinatore blocco operatorio di Vaprio d'Adda (fino a giugno 2019 per trasferimento) e due infermieri dello stesso blocco operatorio

- Anestesista responsabile Blocco Operatorio di Vizzolo Predabissi

- Anestesista responsabile Blocco Operatorio di Melzo

- Anestesista responsabile Blocco Operatorio di Cernusco e Vaprio

- Capo Dipartimento Area Chirurgica

- Capo Dipartimento Area Emergenza -Urgenza

- I tre Direttori Medici di Presidio

Nel corso dell'anno si sono svolti due incontri:

- 21 marzo 2019 dalle 14.30 alle 16.30

- 13 dicembre 2019 dalle 14.30 alle 16.30

Nel primo incontro il Risk Manager ha informato che, a seguito del Decreto della Direzione Generale Welfare n.1275 del 4/02/2019 : Approvazione dei documenti di indirizzo operativo " Check list sicura 2.0" e "Manuale guida alla compilazione ed utilizzo della check list chirurgia sicura 2.0", si rendeva necessario avviare il processo di implementazione della Check list 2.0 all'interno della nostra Azienda.

Scopo dell'incontro è stato pertanto quello di presentare, analizzare e discutere lo strumento (che era precedentemente stato inviato a tutti i partecipanti via mail affinché ne fossero già in possesso e lo avessero studiato) al fine di individuare eventuali criticità che potessero comprometterne la corretta implementazione.

La check list è stata presentata punto per punto e sono state rilevate ed affrontate una serie di criticità da parte degli operatori presenti.

Si è deciso di provvedere a sanare le problematiche rilevate (es.: mancanza di rasoi elettrici/clipper benché da lungo tempo richiesti; uso improprio di iodopovidone anziché clorexidina; difficoltà nel segnare dati del paziente sulle siringhe; dotazione insufficiente di presidi scaldapaziente ecc.) e successivamente far partire la check list 2.0 dal 1 giugno 2019 in tutti i blocchi operatori dell'Azienda.

Nel secondo incontro di dicembre invece, si è potuto constatare che, a fronte della risoluzione delle criticità rilevate nella riunione di marzo, la check list non è mai partita.

ASCOLTO E MEDIAZIONE DEI CONFLITTI

Il gruppo dei Mediatori Aziendali afferisce alla struttura di Risk Management e con essa collabora. L'azienda disponeva di 3 Mediatori formati da Regione Lombardia, e si avvale della rete di Mediatori Regionali, come da indicazioni di Regione Lombardia.

Si segnala che a giugno 2019 la dottoressa Loredana Obino (Mediatore Aziendale) si è trasferita in altra Azienda. Questo ha sicuramente influito sulla attività di Ascolto e Mediazione Aziendale.

A sanare tale criticità arriveranno tre nuovi Mediatori Aziendali che si formeranno nel corso dell'anno 2020.

Infatti nel 2020 partirà presso la ASST VIMERCATE un nuovo corso con l'obiettivo di formare nuovi professionisti a supporto della propria rete, nell'ottica di prevenire e contenere la conflittualità tra operatori sanitari e cittadini, rafforzando il rapporto di fiducia del cittadino verso la Sanità Regionale.

La nostra ASST ha aderito al nuovo corso designando la dottoressa Maria Teresa La Torre (Collaboratore amministrativo professionale, incaricato referente URP, Responsabile Aziendale Internal Auditing), la dottoressa Krystyna Wach (Infermiere Coordinatore Attività Ambulatoriali Territoriali e PreSST) e la dottoressa Roberta Brambilla (Collaboratore Amministrativo UOS Ufficio Legale ed avvocatura) per frequentare il corso.

Nel 2019 l'attività di Ascolto e Mediazione è stata svolta soltanto da due Mediatori, i quali hanno filtrato insieme i casi proposti, come da "Procedura Generale Aziendale Gestione delle segnalazioni" emanata dall'URP a novembre 2013.

Nel 2019 non sono state effettuate Mediazioni. Si sono effettuati n.3 ascolti, due da segnalazioni esterne ed una in seguito ad un evento traumatico subito da un dipendente ad opera di un utente.

Si segnala che i Mediatori partecipano regolarmente ai Network Risk Management in Sanità .

È iniziata nel 2019 la revisione della procedura Aziendale relativa alla gestione dei reclami e la gestione informatizzata dei casi pervenuti.

Tali attività verranno riprese e portate a termine nel 2020.

FORMAZIONE IN TEMA DI RISCHIO E QUALITÀ'

La realizzazione degli obiettivi di Gestione del Rischio e di Qualità si basa su due presupposti fondamentali: l'esteso coinvolgimento del personale dell'Azienda e l'Attività di formazione.

Il Risk Manager ha svolto attività di docenza all'interno dell'Azienda in materia di Risk Management, in collaborazione con il responsabile della UOS Qualità e i collaboratori dell'Ufficio Qualità e Rischio. Sono state definite priorità in relazione alle principali esigenze formative comuni raccolte durante gli incontri di autovalutazione o la ricognizione effettuata dall'Ufficio Formazione a fine 2018.

I corsi effettuati in tema di Risk Management sono rendicontati, come richiesto, nelle schede rendiconto corsi RM 2019.xls allegate alla presente relazione.

Nel dettaglio:

1 - SEPSI BUNDLE, ANTIBIOTICOTERAPIA E IGIENE DELLE MANI : il corso si è svolto in 20 edizioni di 4 ore ciascuna e ha formato 517 operatori di tutte le specialità. Il corso si proponeva di diffondere il PDTA Aziendale "Gestione della Sepsis nell'adulto, in età pediatrica e in ostetricia" redatto dal gruppo di lavoro nel 2018 e successivamente pubblicato e diffuso a fine 2018.

Il team di docenti di questo corso (1 microbiologo, 1 infettivologo, 1 anestesista, 1 pediatra, 1 infermiera specialista in Rischio infettivo) ha condotto il corso in varie sedi Aziendali (presidi Ospedalieri e territoriali) al fine di raggiungere più operatori possibile, facilitandone la partecipazione.

Nel dettaglio:

- VIZZOLO PREDABISSI: 23 maggio/19 settembre/10 ottobre/14 novembre
- CERNUSCO S/N: 16 maggio/27 maggio/26 settembre/7 novembre
- MELZO: 3 ottobre/17 novembre/21 novembre
- CASSANO D'ADDA: 24 ottobre

Contenuti del corso:

- Somministrazione di un pre test sulle conoscenze e presentazione degli obiettivi
- Presentazione del PDTA "Gestione della sepsis nell'adulto, in età pediatrica e in ostetricia"
- Antibioticoterapia empirica, igiene delle mani, precauzioni standard ed emocoltura
- Discussione di casi clinici

Al corso è stato dato un taglio molto pratico che ha sicuramente ottenuto l'alto gradimento dei discenti.

2 - BIASES COGNITIVI E DECISIONI CLINICO ASSISTENZIALI :DALLA PRATICA

IMPULSIVA ALLA PRATICA CONSAPEVOLE :il corso si è svolto in sei edizioni di 6 ore ciascuna ed ha formato 70 operatori , sia medici che infermieri, di varie specialità.

La presa di decisioni in ambito clinico è condizionata da una serie di fattori. I fattori psicologici sono fondamentali e influenzano le prestazioni cognitive del decisore. Le basi del ragionamento si fondano sulla teoria del processo duale. Tuttavia, i biases cognitivi possono compromettere il processo decisionale. Obiettivo del corso è stato quindi quello di far conoscere le basi del ragionamento e della presa di decisione in ambito clinico e inoltre conoscere, definire, discutere le implicazioni a livello organizzativo dei potenziali errori clinico assistenziali.

3 – STRUMENTI DI VALUTAZIONE E PROMOZIONE QUALITÀ E RISCHIO –PRIMA PARTE

4 - STRUMENTI DI VALUTAZIONE E PROMOZIONE QUALITÀ E RISCHIO – SECONDA PARTE

5 - STRUMENTI DI VALUTAZIONE E PROMOZIONE QUALITÀ E RISCHIO – TERZA PARTE

Ognuno dei tre corsi, rivolti ai Referenti Qualità e Rischio Aziendali, si è svolto in 4 edizioni di 4 ore ciascuna in varie location, sia nei presidi Ospedalieri che del territorio.

Tutti i 330 referenti sono stati formati su argomenti di Qualità e Rischio. Obiettivo dei corsi ai Referenti è il continuo orientamento alla Qualità e alla gestione del Rischio per la promozione di interventi di miglioramento continuo. I referenti dovranno poi condividere contenuti e obiettivi con i propri colleghi nell'ambito delle U.O. di afferenza, con verbalizzazione o relazione sugli incontri a cui hanno partecipato.

La figura del Referente assume così il ruolo importante di trait d'union tra le Strutture Qualità e Rischio e tutte le aree Aziendali.

6 – VIOLENZE E AGGRESSIONI AL PERSONALE – CONVEGNO di 4 ore che si è svolto i una edizione (30 settembre 2019) con lo scopo di divulgare a tutto il personale i principali strumenti giuridici di reazione e la diffusione dei principi definiti dall'Azienda per sostenere i lavoratori e delle azioni messe in atto in caso di violenza.

7 – FATTORI UMANI : COMUNICAZIONE ED INTERAZIONE :una edizione di 4 ore che ha formato 18 operatori. In ambito clinico assistenziale la maggior parte degli errori non sono dovuti ad incompetenza o inadeguate conoscenze ,ma alla fragilità e fallibilità del pensiero umano in condizioni di complessità, incertezza e pressione del tempo o di altri fattori esterni. Inoltre, altri fattori quali la comunicazione e il lavoro di gruppo incidono sulla qualità delle prestazioni e sugli esiti. Il corso aveva come scopo quello di far comprendere ai discenti l'importanza di una corretta comunicazione nel lavoro di gruppo per la prevenzione degli eventi avversi. Inoltre voleva far conoscere, definire e discutere le implicazioni a livello organizzativo dei potenziali errori clinico assistenziali.

8 – RISCHIO, QUALITÀ e FATTORI UMANI: una edizione di 4 ore che ha formato 26 operatori. Le limitate risorse cognitive (memoria, attenzione, linguaggio ecc.) e la fragilità del pensiero umano in condizioni di complessità, incertezza e pressione del

tempo o di fattori esterni, aumentano la probabilità di commettere errori. Per ridurre al minimo tali fattori dobbiamo comprenderne la prevalenza e le cause e attraverso la condivisione delle decisioni con l'equipe, mettere in atto dei processi di analisi che permettano di ridurre al minimo questi potenziali eventi avversi.

Obiettivi del corso: comprendere l'importanza degli strumenti di supporto alle decisioni nella prevenzione degli eventi avversi/sentinella e conoscere, definire, discutere le implicazioni a livello organizzativo dei potenziali errori clinico assistenziali.

I corsi 7 e 8 sono considerati corsi pilota, in quanto, alla classica lezione frontale d'aula si è preferita la proiezione di un film o di spezzoni di film sui quali ragionare nell'ottica di gestione del rischio. Si è parlato di analisi degli eventi che si verificano nel contesto clinico assistenziale (eventi avversi/sentinella/near miss), la loro gestione proattiva e reattiva e le relative tecniche utilizzate nell'ambito del Risk Management.

I corsi sono stati innovativi e molto apprezzati, pertanto verranno riproposti in più edizioni nel 2020.

Il Risk Manager ha partecipato ad altri eventi formativi di altri docenti o ambiti, laddove fosse richiesta la sua collaborazione o partecipazione.

In particolare si segnala il corso "LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI TRATTAMENTO DEI CAMPIONI ISTO-CITOPATOLOGICI: LA CORRETTA PRESA IN CARICO DEL MATERIALE BIOLOGICO PRELEVATO AL PAZIENTE", tenuto dal Direttore della Anatomia Patologica Aziendale, a seguito di eventi avversi e near miss verificatisi negli anni passati.

AGGRESSIONI AGLI OPERATORI

Nel 2019 si è formalizzato il gruppo di lavoro con una delibera a firma del Risk Manager e del Dirigente responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP): Costituzione "Gruppo di Lavoro" relativo al fenomeno degli agiti aggressivi nei confronti degli operatori sanitari in ottemperanza alla Raccomandazione del n° 8 del Ministero della Salute: "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" del novembre 2007 e del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n° 81. Inoltre si prende atto che tra i rischi lavorativi presenti nell'ASST Melegnano e della Martesana è di particolare rilevanza quello legato alla aggressione nei confronti del personale; che nel corso degli anni sono state intraprese azioni e misure migliorative per garantire il miglioramento dei livelli di sicurezza e opportune iniziative di protezione e prevenzione quali:

- corsi specifici di formazione;
- valutazione e redistribuzione di arredi
- predisposizione di sistemi di allarme
- audit a seguito di eventi avversi ed eventi sentinella

e che sono state elaborate e divulgate procedure specifiche in materia rivolte prevalentemente al personale dei dipartimenti di salute mentale e dei Pronto Soccorso, oltre ad una procedura per la tutela dei lavoratori, si è ravvisata la necessità di proseguire con ulteriori azioni e misure migliorative atte a garantire il miglioramento dei livelli di sicurezza nonché con opportune iniziative di protezione e prevenzione.

Per tale rischio si è ritenuto opportuno predisporre/organizzare un gruppo di lavoro interdisciplinare che nell'ambito dell'organizzazione si occupi di agiti aggressivi, con particolare riferimento alle azioni preventive e di supporto al personale.

TABELLA RIEPILOGATIVA DEGLI IMPORTI DEI RISARCIMENTI DEGLI ULTIMI 5 ANNI (ART. 4 LEGGE 24/17)

Periodo Assicurativo	Valore dei sinistri liquidati dall'ASST per le richieste di risarcimento pervenute ed accolte nel medesimo periodo (comprensivo di quanto risarcito direttamente dalla Compagnia e rifiuto dall'ASST alla stessa)
30/09/2014-30/09/2015	1.107.935,48
30/09/2015-31/10/2016	1.152.852,47
31/10/2016-31/10/2017	570.040,50
31/10/2017-31/10/2018	524.897,12
31/10/2018-31/10/2019	2.042,12

Vizzolo Predabissi, 23/4/2020

Il Dirigente Ufficio Legale ed Avvocatura

Il Risk Manager

Avv. Maria Concetta Morabito

D.ssa Chiara Patelli

Copia analogica sottoscritta con firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4bis del Codice dell'amministrazione digitale