

La gestione del Rischio Clinico in RSA:
la realtà nell'ASP "Golgi Redaelli"

Autori:
Giorgio Previderè
Gianluca Mirra



**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di struttura complessa**

2019-2021

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di struttura complessa

Codice corso: UNIMI-DSC 1901/BE/CE

Soggetto erogatore: Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Giorgio Previderè, Direttore Medico Istituto Golgi, ASP Golgi Redaelli, g.previdere@golgiredaelli.it
Gianluca Mirra, Direttore Struttura Semplice Servizi Diurni e Territoriali, ASP Golgi Redaelli,
g.mirra@golgiredaelli.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Silvana Castaldi, Professore Associato, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Economia e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3	
INTRODUZIONE	5	
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	5	
DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	5	
METODOLOGIA ADOTTATA	6	
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, DATI RACCOLTI.....	7	
ANALISI DEI COSTI DI REALIZZAZIONE	60	
CONCLUSIONI	60	
CONTRIBUTO PERSONALE	64	
Giorgio Previderè, Direttore Medico dell'Istituto Camillo Golgi di Abbiategrasso		
Inquadramento dell'argomento con una presentazione di carattere generale e poi contestualizzata nella realtà dell'ASP Golgi Redaelli.; analisi retrospettiva di dati relativi agli I.R. (confronto anni 2018 e 2019)		64
CONTRIBUTO PERSONALE	64	
Gianluca Mirra, Direttore Struttura Semplice Servizi Diurni e Territoriali		
Analisi retrospettiva dei dati dell' Indagine conoscitiva quali-quantitativa sui rischi correlati al settore socio-sanitario relativa all'anno 2020 durante la pandemia da Covid 19, condotta nei tre istituti dell' Azienda e loro interpretazione.....		64
RIFERIMENTI NORMATIVI	65	
BIBLIOGRAFIA	65	
SITOGRAFIA	65	

INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario è elemento necessario e imprescindibile per una buona azione di governo clinico e assistenziale anche nelle RSA.

In questo lavoro la realtà considerata è quella aziendale dell'ASP «Golgi Redaelli» con i suoi tre Istituti di Abbiategrasso, Milano e Vimodrone.

Abbiamo voluto fare il punto sul nostro modello gestionale, mettendo a fuoco l'evoluzione della attuale struttura organizzativa, le tematiche sino ad ora affrontate, una loro analisi ed i risultati ottenuti e attesi.

Il documento si divide in tre parti.

Una prima parte introduttiva in cui si considerano il razionale ed i principi fondamentali sui quali si deve articolare una efficace gestione del rischio clinico, in particolare nelle RSA.

Una seconda parte di contestualizzazione con la descrizione della nostra realtà Aziendale sia in termini di rappresentazione delle varie Unità di Offerta che di evoluzione della tematica specifica.

Infine una terza e ultima parte in cui vengono riportati i dati sin qui prodotti, frutto di un costante impegno multiprofessionale d'equipe.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Gli obiettivi del progetto sono:

- introdurre in termini generali il concetto di rischio clinico - in particolare di rischio clinico nelle RSA;
- contestualizzare questa tematica nella nostra realtà Aziendale;
- illustrare i dati sin qui elaborati, con un confronto degli stessi tra il 2018 e 2019 (Previderè) e una presentazione di ulteriori dati relativi al periodo pandemico 2020 (Mirra).

Lo scopo finale vuole essere quello di ricercare continuamente spunti di analisi e riflessione sul risk management in una struttura socio-sanitaria complessa per perseguire una costante ed efficace valutazione del rischio clinico finalizzata ad un contestuale miglioramento dell'output.

DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il presente documento vuole illustrare a tutti gli operatori sanitari, socio-sanitari e non (personale impiegato in altri servizi ed attività) un ritorno dei dati raccolti, al fine di renderli partecipi e sempre più consapevoli dell'importanza della tematica affrontata e di sensibilizzarli ulteriormente per consolidare questo "nuovo" approccio culturale finalizzato al miglior benessere dell'ospite.

METODOLOGIA ADOTTATA

Al fine di agevolare la comprensione, il presente progetto si apre con una introduzione di carattere generale inerente al concetto di Governo Clinico e di Rischio Clinico in ambito socio-sanitario.

Segue una descrizione del contesto Aziendale di riferimento (l'ASP «Golgi Redaelli») e una rappresentazione dell'evoluzione della tematica specifica di Gestione del Rischio Clinico a livello Aziendale.

A completamento, si è scelto di illustrare i dati raccolti e di offrirne un'interpretazione attraverso un'analisi bipartita del biennio 2018-2019 (a cura del dott. Previderè) e dell'anno pandemico 2020 (a cura del dott. Mirra).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, DATI RACCOLTI

Capitolo 1. Il Governo Clinico: cenni storici e quadro istituzionale

Il concetto di Governo Clinico fu introdotto in Inghilterra sul finire degli anni '90, all'interno di un lungo processo di modernizzazione dei servizi sanitari che faceva particolare riferimento all'innalzamento degli standard qualitativi erogati dalle singole prestazioni cliniche per la tutela della salute del paziente. Il documento preso a riferimento (*A first class service: quality in the new NHS*, 1998) descrive il Governo Clinico come «il sistema attraverso il quale le erogazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica» (Ministero della Salute, 2020). Si tratta di una definizione che trova riscontro anche in Italia nelle indicazioni fornite dal Ministero della Salute, il quale fa riferimento al Governo Clinico come ad «un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari. Per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in salute e l'uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le Linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, la integrazione disciplinare e multi-professionale, la valutazione sistematica delle performance per introdurre innovazioni appropriate con il coinvolgimento di tutti i soggetti, compresi i volontari e la comunità» (Ministero della Salute, 2020).

Perché il Governo Clinico si concretizzi, è necessaria l'integrazione di alcuni determinanti che devono essere tra loro interconnessi e complementari: una formazione continua, la gestione del rischio clinico, gli Audit clinici, la Medicina basata sull'evidenza, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e sviluppo.

1.1. Il Governo Clinico nelle RSA: perché promuoverlo

Ad oggi, la definizione più completa di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è ancora quella prevista dal DPR 14/01/1997 secondo cui «le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome» (all. 1 - art. 1). Le RSA si caratterizzano per una elevata complessità assistenziale spesso associata ad instabilità clinica – condizioni che, per loro natura,

necessitano costantemente di un monitoraggio e di un orientamento delle cure intraprese come garanzia della tutela della salute dei pazienti.

I principi del Governo Clinico possono essere recuperati nelle RSA già nella descrizione dei requisiti minimi organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e assistenziali nelle RSA prevista dal DPR 14/01/1997 (all. 1 - art. 1), nel quale si legge che «la RSA deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca» sei punti chiave così elencati:

- valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;
- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della RSA;
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Da tempo le Regioni hanno avviato processi di analisi e controllo del Governo Clinico nelle RSA promuovendo iniziative di coinvolgimento delle strutture e degli operatori attraverso la raccolta di dati relativi al rischio clinico (quali cadute, decubiti, polifarmacoterapia, gestione dei dispositivi medici, infezioni correlate all'assistenza, etc.). Così facendo, si mira a favorire un impianto costante e coinvolgente del Governo Clinico all'interno delle strutture sanitarie assistenziali, nonostante vi siano spesso presenti aspetti critici quali la scarsità di risorse economiche e un per nulla scontato investimento "culturale" sul personale sanitario. Le differenti situazioni organizzative delle RSA, infatti, rimandano spesso alla disponibilità dei singoli e/o dei team per la salvaguardia dei principi fondatori del Governo Clinico.

Per la promozione del suddetto all'interno delle strutture socio-sanitarie, il dottor Francesco Della Croce (2015) individua alcune raccomandazioni utili alla realizzazione di un sistema organizzativo centrato sui bisogni del paziente, stimolando da un lato l'uso efficiente delle risorse disponibili per il raggiungimento dei massimi livelli di sicurezza e di qualità delle cure e/o dei servizi forniti e, dall'altro, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei professionisti per assicurare l'efficacia con i migliori risultati possibili.

Tali azioni possono essere così riassunte:

- creazione dei presupposti per garantire la partecipazione di tutti i professionisti ad audit clinici, ovvero parametri di valutazione e miglioramento di qualità;
- incremento della collaborazione multidisciplinare e invito alla diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche e sull'utilizzo di linee guida;
- valutazione delle competenze e della professionalità del personale, anche al fine di promuoverne una costante formazione o training, attraverso sistemi di misurazione dei risultati ottenuti dalle attività svolte;

- implementazione della rilevazione delle informazioni per monitorare l'assistenza clinica e valutare gli esiti (*outcome*), migliorando costantemente la completezza e l'accuratezza dei dati raccolti e la gestione della documentazione sanitaria;
- attuazione di un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli eventi avversi;
- sviluppo di competenze comunicative finalizzate soprattutto a coinvolgere i pazienti e i loro familiari, facilitando anche la comunicazione di reclami o segnalazioni, sia come strumento di conoscenza di eventuali carenze, sia come dato di qualità (qualità "percepita").

1.2. Dal governo clinico alla gestione del rischio clinico

Un buon governo dell'organizzazione deve prevedere lo sviluppo di specifici modelli di controllo del rischio clinico, poiché ben rappresentano la tendenza della struttura ai principi di miglioramento della qualità delle cure centrate sui bisogni del paziente, impliciti nel concetto di Governo Clinico. Gestire il Rischio è possibile facendo ricorso a metodologie di lavoro che permettano:

- la pianificazione di decisioni e azioni finalizzate all'individuazione e alla valutazione del rischio;
- la gestione e il controllo delle procedure, dei progetti e dei protocolli individuati come efficaci a tale scopo;
- la gestione dei successivi processi decisionali.

Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso non dipende solo da errori legati a comportamenti anomali o superficiali del singolo operatore (in questo caso si parla di errori attivi), ma da insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi (i cosiddetti errori latenti). L'individuazione dell'errore attivo non esula dalla ricerca degli errori latenti, perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione). Ne consegue dunque (Della Croce, 2015) che la Gestione del Rischio Clinico può essere promossa attraverso un Approccio Reattivo, che consiste nell'imparare dagli errori commessi dalle proprie azioni (dunque dagli errori attivi) e un Approccio Proattivo, ovvero la promozione di una costante verifica dell'efficacia e dell'efficienza dei processi assistenziali (errori latenti).

1.3. Il rischio clinico in ambito socio-sanitario

La gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management - CRM) nasce inizialmente negli USA inizialmente per controllare i reclami, le cause legali e le richieste di indennizzo e ad oggi si propone come mezzo per ridurre l'incidenza dei danni ai pazienti e per diminuire le loro sofferenze.

In ambito sanitario, il rischio clinico è la probabilità per un paziente di subire un danno non intenzionale e indesiderato per effetto di un trattamento medico o delle cure prestate, come conseguenza di un errore in grado di causare un peggioramento delle condizioni di salute o la morte, un prolungamento della degenza. Poiché il Sistema Sanitario è un sistema complesso per le

numerose variabili coinvolte legate al paziente, agli operatori, ai compiti e al modello di organizzazione e gestione adottato, e dal momento che in ogni organizzazione complessa l'errore e la possibilità di un incidente non sono eliminabili, devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché questi siano, per lo meno, controllabili. Ovviamente, accanto ad una rischiosità intrinseca dovuta alla complessità del sistema, esiste anche una componente di rischio che dipende dalle circostanze occasionali, dal concatenarsi di situazioni che favoriscono il verificarsi di un evento avverso. Appare chiaro, dunque, che l'errore resti una componente inevitabile della realtà umana, ma diventa altrettanto fondamentale riconoscere che anche il sistema può sbagliare, creando condizioni favorevoli al verificarsi di un errore che da latente può diventare manifesto.

È su questi elementi che si concentrano le politiche di gestione del rischio, volte alla riduzione degli errori evitabili, attraverso attività di prevenzione, protezione e controllo. In primo luogo, infatti, l'identificazione degli errori verificatisi (attraverso strumenti come l'analisi e la valutazione dei reclami, per esempio) e la segnalazione dei suddetti su scala territoriale secondo un approccio integrato tra Ministero, Regioni e Aziende Sanitarie permette di prevenire il ripetersi di errori simili in futuro. Imparare dagli errori commessi comporta infatti un approccio reattivo al problema e stimola la struttura a compiere verifiche periodiche e costanti in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati e dei processi assistenziali. In secondo luogo, il personale di riferimento deve essere formato e supervisionato nel migliore dei modi, seguendo politiche di aggiornamento e cooperazione.

Capitolo 2. L'ASP «Golgi Redaelli»: elementi di contesto

L'ASP (Azienda Servizi alla Persona) Golgi Redaelli è costituita da tre istituti geriatrici: l'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Milano, l'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Vimodrone e l'Istituto Geriatrico «Golgi» di Abbiategrasso. Qui di seguito sono riportati i dati e le attività che fanno riferimento alla struttura aziendale Golgi Redaelli nella sua totalità, al fine di contestualizzare gli elementi successivamente descritti all'interno del report aziendale.

2.1. L'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Milano

La seguente tabella illustra l'attività dell'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Milano, suddivisa per unità di offerta.

IN NUMERI

RSA

(aderisce alla sperimentazione RSA Aperta)

310 posti

Day Hospital

35 posti

Centro di Cure Intermedie

256 posti

Ciclo Diurno
Continuo

30 posti

Per quanto riguarda la voce denominata RSA Assistenza e Cura Anziani, i servizi offerti fanno riferimento a:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Centro Diurno Integrato (CDI)
- RSA Aperta

Vi è inoltre un settore interamente dedicato ad Alzheimer e Demenze, così strutturato:

- Nucleo Alzheimer RSA
- Cure Intermedie (ex Riabilitazione Alzheimer)
- Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD, ex Unità Valutativa Alzheimer)
- RSA Aperta Alzheimer

Il Centro di Cure Intermedie – Riabilitazione, invece, si compone di:

- Ciclo Diurno Continuo (CDC)
- Cure Intermedie Residenziali
- Servizio Riabilitativo Ambulatoriale
- Day Hospital

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Completano l'offerta della struttura servizi ambulatoriali e diagnostici, un Nucleo Hospice e un Nucleo Stati Vegetativi, oltre a servizi collaterali per malati di Parkinson e per la Presa in Carico di pazienti cronici (PIC).

2.2. L'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Vimodrone

Come per il capitolo precedente, la seguente tabella illustra l'attività dell'Istituto Geriatrico «Redaelli» di Vimodrone, suddivisa per unità di offerta.

IN NUMERI

RSA <i>(aderisce alla sperimentazione RSA Aperta)</i> 261 posti	Day Hospital 25 posti
Centro di Cure Intermedie 210 posti	Ciclo Diurno Continuo 30 posti

Per quanto riguarda la voce RSA Assistenza e Cura Anziani, i servizi offerti fanno riferimento a:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- RSA Aperta

Vi è inoltre un settore interamente dedicato ad Alzheimer e Demenze, così strutturato:

- Nucleo Alzheimer RSA
- RSA aperta Alzheimer
- Caffè Racconto

Il Centro di Cure Intermedie – Riabilitazione, invece, si compone di:

- Ciclo Diurno Continuo (CDC)
- Cure Intermedie Residenziali
- Day Hospital

Completano l'offerta della struttura servizi ambulatoriali e diagnostici, e un percorso per un invecchiamento attivo denominato BenEssere.

2.3. L'Istituto Geriatrico «Golgi» di Abbiategrasso

IN NUMERI

RSA
(*aderisce alla sperimentazione RSA Aperta*)
167 posti

Day Hospital
20 posti

Centro di Cure Intermedie
150 posti

Ciclo Diurno
Continuo
16 posti

Per quanto riguarda la voce RSA Assistenza e Cura Anziani, i servizi offerti fanno riferimento a:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Alloggi protetti per anziani autonomi

Vi è inoltre un settore interamente dedicato ad Alzheimer e Demenze, così strutturato:

- Nucleo Alzheimer RSA
- Cure Intermedie ex Riabilitazione Alzheimer
- Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
- Ciclo Diurno Continuo (CDC) Alzheimer

Come per l'Istituto di Milano, anche ad Abbiategrasso il settore di Cure Intermedie – Riabilitazione, si compone di:

- Ciclo Diurno Continuo (CDC)
- Cure Intermedie Residenziali
- Servizio Riabilitativo Ambulatoriale
- Day Hospital
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Completano l'offerta un'unità di riabilitazione dell'età evolutiva e un servizio di counseling per l'autismo e i disturbi generalizzati dello sviluppo.

Capitolo 3. L'attivazione dei processi di Clinical Governance e di Gestione del Rischio Clinico in ASP "Golgi Redaelli".

3.1. L'evoluzione in azienda

Anche se la gestione del rischio clinico è un aspetto relativamente nuovo per il mondo socio-sanitario, gli ambiti socio-sanitari hanno l'obbligo, non più procrastinabile, di costruire modelli di governance efficaci per fronteggiare gli eventi avversi, minimizzando il rischio per i pazienti e per gli operatori.

L'approccio della gestione del rischio clinico passa attraverso il presidio dei processi di cambiamento; da qui la volontà di creare una cultura della prevenzione del rischio, senza tralasciare tutta una serie di procedure, protocolli e misure correttive che mano a mano devono diventare patrimonio dei professionisti della salute che operano in ambito socio-sanitario.

Sulla base di queste importanti premesse la Azienda Servizi alla Persona "Golgi Redaelli" ha intrapreso un percorso a connotazione aziendale che, attraverso la costruzione di gruppi di lavoro nell'ambito dei tre istituti (Milano, Vimodrone e Abbiategrasso), intende perseguire obiettivi di qualità promuovendo la cultura della segnalazione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei quasi eventi con la finalità dell'analisi (anche con Audit) delle dinamiche che hanno determinato l'errore e la progettazione di azioni correttive e di miglioramento al fine di prevenire gli incidenti e ridurre l'incidenza anche attraverso l'implementazione e/o la revisione delle procedure in uso.

La normativa di riferimento in regione Lombardia per la gestione del rischio clinico si concretizza nel 2004 con la circolare «Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario» ma solo dal 2014, con la delibera 2569 (revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta socio-sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, regolamenti interni) ed una serie di disposizioni regionali si individuano in modo preciso un elenco di procedure obbligatorie come requisito di accreditamento degli Istituti.

La tematica viene affrontata per la prima volta, a partire dal 2015 nella struttura di Milano.

Nel gennaio 2016 la determina della Direzione Generale Aziendale elenca 21 procedure obbligatorie e allega gli schemi che descrivono i contenuti delle stesse.

Sulla base di tali schemi, a seguito di un confronto tra le Direzioni Mediche dei tre Istituti vengono riformulate o predisposte tutte queste procedure partendo dal preesistente manuale delle procedure e dal materiale prodotto successivamente facendone una revisione sistematica e un aggiornamento.

In questo ambito si inserisce un progetto aziendale del 2016 per la formulazione di nuova procedura per il monitoraggio degli eventi sentinella e degli eventi avversi in ambito sanitario e assistenziale, partendo proprio dalla prima versione di tale procedura.

Con la Legge 8 marzo 2017 numero 24 (Legge Gelli - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) viene ribadita la crescente rilevanza di questo tema in ambito sanitario e socio-sanitario.

Nell'ottica aziendale quindi del monitoraggio del rischio clinico, si è proceduto nell'intento di costituire anche nella nostra Azienda dei gruppi di lavoro permanenti finalizzati a questo passando però attraverso la sensibilizzazione a queste problematiche, ancora sottostimate e misconosciute da una gran parte degli operatori.

I gruppi devono stimolare l'acquisizione di una metodologia di lavoro caratterizzata dalla riflessione critica sul proprio operare, da diffondere in modo capillare a tutti per migliorare l'adesione alle procedure aziendali adottate a tale scopo.

All'inizio del 2017 la situazione nei tre Istituti dell'ASP "Golgi Redaelli" è diversa.

Nell'Istituto di Milano un gruppo di lavoro era già organizzato da circa un anno e stava raccogliendo segnalazioni in merito a due tipologie importanti di eventi avversi quali le cadute e gli errori nella terapia farmacologica.

All'Istituto di Vimodrone si era appena costituito formalmente il gruppo di lavoro ad hoc.

Ad Abbiategrasso la segnalazione di eventi sentinella e di eventi clinici avversi avveniva con comunicazione alle Direzioni e annotazione di tali eventi sul registro di non conformità.

Con l'obiettivo di avviare un percorso unitario e condiviso di gestione del rischio clinico, il Coordinatore Sanitario (figura di coordinamento da poco costituita) ed i Direttori Medici di Istituto concordano la creazione di un percorso riguardante:

- la costituzione di gruppi di lavoro di istituto
- la loro organizzazione
- la individuazione dei referenti
- l'implementazione (col contributo del CED) di uno strumento informatico aziendale per la rilevazione degli eventi avversi e sentinella
- l'avvio sperimentale delle segnalazioni.

In questa ottica si inserisce nel 2017 il mio progetto della Dirigenza, come responsabile UOS in Area Socio-sanitaria, finalizzato alla costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (medici, FT, IP, asa/oss) permanente per il monitoraggio del rischio clinico (eventi avversi ed eventi sentinella) nell'Istituto di Abbiategrasso.

Il gruppo di Abbiategrasso (costituito da 14 operatori distribuiti nei vari setting dell'Istituto, Cure Intermedie, RSA, Nuclei Alzheimer) viene formalizzato e si procede con una fase preliminare di presentazione e introduzione didattica alla tematica in questione.

L'attività dei gruppi consiste poi nel testare una scheda, inizialmente cartacea, di segnalazione di eventi avversi e nell'acquisire conoscenze e competenze tipiche dell'argomento, anche tramite corsi di formazione interni ed esterni.

Successivamente si passa alla segnalazione degli eventi avversi utilizzando una scheda sperimentale informatizzata unica di raccolta dati (scheda di Incident Reporting) e si procede con incontri formali periodici di ogni gruppo nel proprio Istituto.

L'obiettivo di mantenere allineata tale attività a livello aziendale viene garantito da incontri quadrimestrali tra il coordinatore sanitario, competente sul tema della gestione del rischio clinico, ed i referenti dei singoli gruppi.

Alla fine del 2017 risultano dunque costituiti e operativi i tre gruppi di lavoro multidisciplinari.

Nel 2018 si arriva all'informatizzazione definitiva della scheda di segnalazione e si assiste ad un notevole incremento dell'attività di risk management, con una modalità condivisa di raccolta dati, da parte di tutti e da qualsiasi postazione, e con la possibilità poi di analizzare i dati sia in forma singola che aggregata.

Prosegue il processo di formazione formale e informale del personale sanitario.

Dalla valutazione dei dati raccolti, vengono definiti gli obiettivi per il 2019:

- una implementazione della fase successiva al rilievo degli eventi, cioè la loro valutazione e discussione, all'interno di ambiti formativi (formazione sul campo con gruppi di miglioramento), al fine di mettere in atto azioni correttive ogniqualvolta possibile
- una identificazione degli aspetti prioritari, tramite l'enucleazione dalla massa di segnalazioni degli eventi avversi di particolare gravità ("in primis" gli eventi sentinella, per cui esiste uno specifico percorso), e di quelli che richiedono un intervento relativamente semplice e rapido (in quanto provocati da una carenza procedurale).
- una prosecuzione della formazione d'aula tramite eventi ECM (seminari aziendali e gruppi di lavoro attraverso la formazione sul campo) rivolti agli operatori che ancora non conoscono il tema del rischio clinico
- una assimilazione delle RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI, in special modo quelle relative al contesto socio sanitario e alla gestione della terapia farmacologica (N.1-N.7-N.12-N.17-N.18)
- la produzione di un documento finale che sintetizzi il lavoro effettuato, disegni un profilo di rischio prevalente per l'azienda e identifichi le linee di intervento successive.

L'irruenza della recente ondata pandemica da Sars Cov2 ha scosso tutti i programmi operativi dell'ASP "Golgi Redaelli" per il 2020, processi consolidati che poggiavano su di una routine evolutiva ed in miglioramento continuo.

La netta discontinuità venutasi a determinare, ha influenzato sensibilmente anche l'attività di *risk management*, soprattutto in riferimento alle segnalazioni tramite l'apposita scheda di *incident reporting*, che, nell'anno 2020 fino a tutt'oggi, sono apparse notevolmente ridimensionate rispetto alla volontà dei segnalatori, "obbligati" a gestire un quotidiano per il quale l'orientamento dei percorsi clinici e assistenziali, è stato sovvertito a favore dei criteri predominanti caratteristici dell'emergenza Covid 19.

Tale rarefazione ed incostanza metodologica ha suggerito il ricorso ad un'indagine retrospettiva in alternativa al metodo già validato ed in uso di incident reporting quale indagine conoscitiva sui rischi correlati al settore sanitario.

A tal riguardo, coerentemente con l'istituzione nel N.O.C (Nucleo Operativo di Controllo nel quale confluisce la gestione del rischio clinico, provvedimento del Direttore Generale ASP "Golgi Redaelli" N. 186/2020 del 19 ottobre 2020), si è deciso di realizzare una *check list* da somministrare agli operatori sanitari dei reparti di RSA aziendali, nuclei Alzheimer inclusi. Tale indagine qualitativa comprende le prerogative dell'autocontrollo e dei criteri di appropriatezza (DGR 1765 "il sistema dei controlli in ambito Socio Sanitario: definizione dei criteri di appropriatezza") nel quale, oltre alla depurazione di alcuni item propri della *check list* dedicata, vi è stata l'aggiunta di quasi tutti i rischi del settore, ad esclusione della gestione della terapia farmacologica la quale, considerata la vastità dell'argomento, richiederà un approfondimento specifico.

Questo documento è stato prima diffuso attraverso vari incontri che si sono tenuti nelle 3 sedi aziendali e, successivamente compilato dal personale medico e infermieristico dei reparti RSA di tutta l'Azienda. L'indagine è stata condotta tenendo conto di un arco temporale compreso tra LUGLIO 2020 e GENNAIO 2021.

3.2. Il metodo

Mantenimento e sviluppo delle modalità di lavoro attuali, costituite dall'attività di tre gruppi multidisciplinari (uno per istituto), con due referenti per gruppo, che convogliano le informazioni e garantiscono l'unitarietà dell'azione all'interno di incontri quadrimestrali con il coordinatore delle attività sanitarie

La spinta propulsiva delle normative Regionali e Nazionali ha determinato, anche in contesti non prettamente sanitari, la volontà di seguire un percorso specifico dedicato alla gestione del rischio, nell'ambito del quale non era più procrastinabile deviare da modelli di riferimento propri della tematica, costituiti da percorsi specifici, materiali e metodi che l'immensa letteratura proponeva già da tempo. L'utilizzo di una scheda di incident reporting contestualizzata al settore socio-sanitario e il conseguente perfezionamento informatico, hanno permesso di intercettare e isolare rischi specifici correlati al settore, per i quali la gestione avveniva in precedenza utilizzando buon senso e buona volontà.

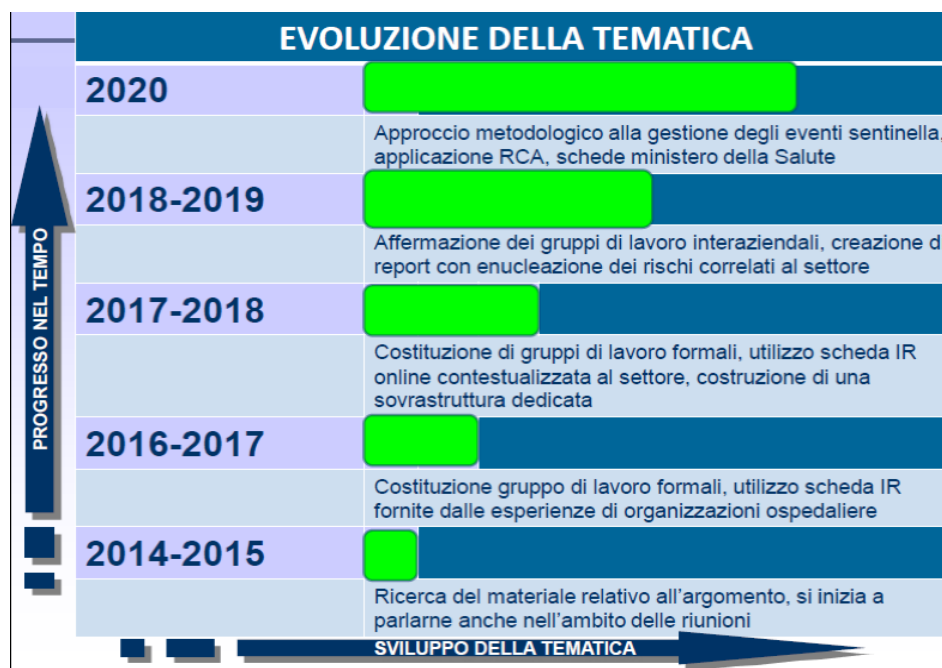


Figura 1. Coccoaro Pasquale, atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario» - IV EDIZIONE, Abbiategrasso 26/11/2019.

L'attuazione di queste attività ed il confronto con altre realtà ci sta indicando però la necessità di allocare delle risorse dedicate, in analogia con quanto a suo tempo avvenuto in seguito alla produzione di una legislazione specifica riguardo alla sicurezza dei lavoratori.

Infatti mentre per questo aspetto (anche per rispettare precise norme) si è strutturato uno specifico servizio, per la gestione del rischio clinico, che riguarda ugualmente la sicurezza di un numero simile di soggetti ed esposti ad un livello sicuramente maggiore di eventi avversi e di maggiore gravità, al momento vengono messe in gioco solo risorse interne non dedicate, costituite da dipendenti interessati e motivati che (all'interno dei gruppi di lavoro di istituto) cercano di occuparsi del tema in aggiunta ai propri compiti professionali.

Ma mentre una cultura diffusa della prevenzione dei danni a carico dei pazienti deve diventare patrimonio comune, così come una pratica di segnalazione degli eventi e una capacità di analisi e proposta, il monitoraggio di tali eventi, l'identificazione di specifici profili di rischio aziendale e la conseguente predisposizione di contromisure sembrano richiedere figure dedicate a questi compiti in via esclusiva.

3.3. Incident reporting socio-sanitario e valutazione del rischio

La scheda di Incident Reporting va considerata, nell'ambito delle tecniche della gestione del rischio, come uno strumento prezioso teso a intercettare le modalità di errore, in un combinato disposto tale da includere cause e peculiarità di errori, alla cui genesi presuppongono motivazioni diversificate.

Lo strumento prende in considerazione i vari *settings* di cura all'interno dei contesti socio-sanitari.

In ultima analisi ciò che riguarda i livelli di rischio sia in riferimento alla probabilità di accadimento che in relazione agli effetti in termini di danno cagionato all'assistito.

Lo strumento creato prevede al proprio interno la possibilità di calcolare i livelli di rischio (IPR Indice di Priorità di Rischio).

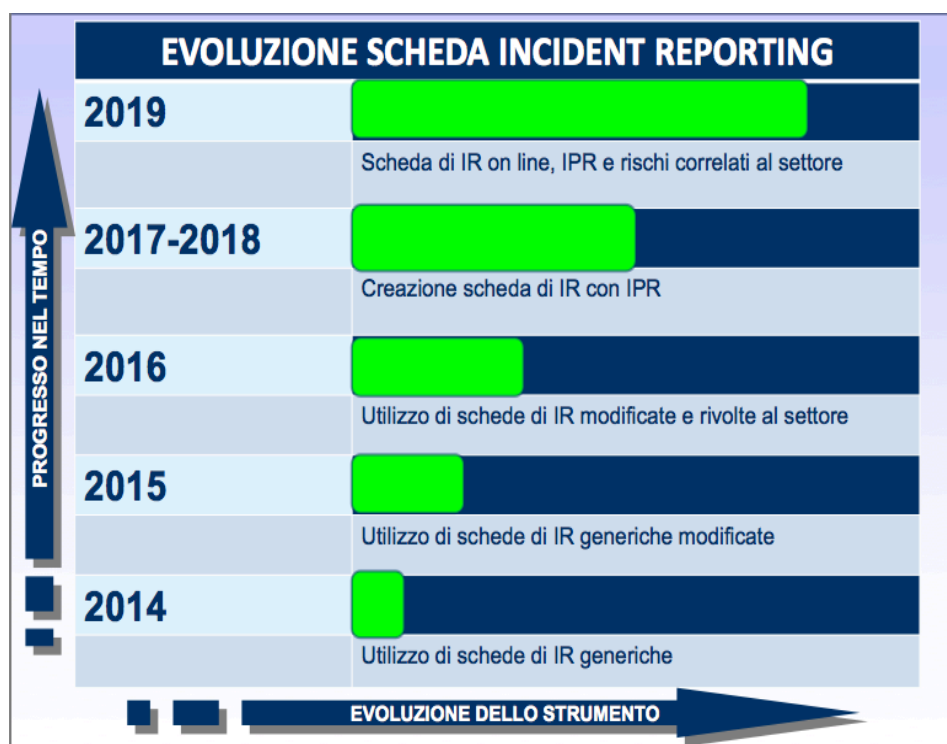


Figura 2. Coccoaro Pasquale, atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario» - IV EDIZIONE, Abbiategrasso 26/11/2019.

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING		
Unità Operativa		
Qualifica Operatore	<input type="checkbox"/> Qualifica: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Animatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Terapista <input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> Altro	
Luogo e Data Evento	Luogo in cui si è verificato l'evento :	
	Data _____	Ora _____ In cui si è verificato l'evento
Setting Assistenziale	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> Hospice
	<input type="checkbox"/> RSA Alzheimer	<input type="checkbox"/> NUCLEO STATI VEG.
	<input type="checkbox"/> CDI	<input type="checkbox"/> Day Hospital
		<input type="checkbox"/> Riabilitazione
		<input type="checkbox"/> Riabilitazione Alzheimer
DESCRIZIONE DELL'EVENTO		
GESTIONE TERAPIA FARMACOLOGICA		
<input type="checkbox"/> APPROVVIGIONAMENTO	<input type="checkbox"/> TRASCRIZIONE	<input type="checkbox"/> SOMMINISTRAZIONE
<input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> PREPARAZIONE	<input type="checkbox"/> MONITORAGGIO
<input type="checkbox"/> INFEZIONE	<input type="checkbox"/> LESIONE DA PRESSIONE	
<input type="checkbox"/> CADUTA	<input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA DISFAGIA	
<input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONI E DISIDRATAZIONE	<input type="checkbox"/> CONTENZIONE FISICA	
<input type="checkbox"/> TRAUMA DA MOVIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> ABUSO/MALPRATICA ASSISTENZIALE	
<input type="checkbox"/> ALLONTANAMENTO DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO		

3. Coccaro Pasquale, *atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario»* - IV EDIZIONE, Abbiategrosso 26/11/2019.

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PAZIENTE		IMPATTO SUL PAZIENTE		PROBABILITA' DI ACCADIMENTO	
Fragilità/Disabilità	<input type="checkbox"/>	Morte/Grave Disabilità per il paziente	25	Avviene nella maggior parte dei casi	5
Decadimento Cognitivo/Demenza	<input type="checkbox"/>	Disabilità/Problematica grave per il paziente	20	Avviene in una buona parte dei casi	4
Scarsa/Assente Autonomia	<input type="checkbox"/>	Problematica non molto grave per il paziente	15	Può accadere in un certo numero di casi	3
Instabilità clinica	<input type="checkbox"/>	Problematica poco grave per il paziente	10	Improbabile che accada	2
ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PERSONALE		Nessun problematica per il paziente	5	Accadimento in casi eccezionali	1
Violazione nell'eseguire Istruzioni/Procedure/Protocolli	<input type="checkbox"/>	PUNTEGGIO IPR <input style="width: 50px;" type="text"/>			
Inadeguate Conoscenze/Esperienze	<input type="checkbox"/>	MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE			
Fatica/Stress	<input type="checkbox"/>				
Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>				
Mancata Supervisione/Verifica presidio	<input type="checkbox"/>				
ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL SISTEMA					
Staff inadeguato/Insufficiente	<input type="checkbox"/>				
Addestramento/Inserimento inappropriato	<input type="checkbox"/>				
Elevato turn over	<input type="checkbox"/>				
Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>				
Protocollo/Procedura inesistente o con delle lacune	<input type="checkbox"/>				
Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>				
Deficit o Assenza Comunicativa	<input type="checkbox"/>				
Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>				

Figura 4. Cocco Pasquale, *atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario» - IV EDIZIONE, Abbiategrasso 26/11/2019.*

La gravità del rischio si articola su 5 livelli, da livello minimo (insignificante) a cui viene assegnato un punteggio pari a 5, a un livello massimo (grave) a cui viene assegnato un punteggio pari a 25.

La probabilità di accadimento, invece, si articola su 5 livelli, da livello minimo (rara) a cui viene assegnato un punteggio pari a 1, a un livello massimo (quasi certa) a cui viene assegnato un punteggio pari a 5.

Ad ogni punteggio IPR (indice di Priorità di Rischio) scaturito dalle schede di *Incident Reporting*, verranno associate le relative misure correttive.

GRAVITA' DEL RISCHIO						
25	GRAVE	25	50	75	100	125
20	ELEVATO	20	40	60	80	100
15	MODERATO	15	30	45	60	75
10	BASSO	10	20	30	40	50
5	INSIGNIFICANTE	5	10	15	20	25
IPR EVENTO Gravità del rischio X Probabilità di accadimento Utilizzando il punteggio che va da 5 a 125		RARA	POCO RELALISTICA	MODERATA	REALISTICA	QUASICERTA
		1	2	3	4	5
		PROBABILITA' DI ACCADIMENTO				

Figura 5. Cocco Pasquale, *atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario»* - IV EDIZIONE, Abbiategrasso 26/11/2019.

3.4. I rischi correlati al settore socio-sanitario

Il cambiamento profondo del 'profilo' della persona assistita in ambito socio sanitario, le cui condizioni di bisogno assistenziale si sono modificate radicalmente in questi ultimi anni, sia per effetti demografici, culturali e in ultima istanza per importanti modificazioni legislative, rende indispensabile arricchire i contenuti clinici e di assistenza tipici di questo ambito, nonché la ricerca di evidenze scientifiche e di indicatori di qualità che supportino la trasformazione culturale della gestione del rischio clinico. È necessario fare un passo ulteriore per consolidare e arricchire i sistemi di sorveglianza e di gestione del rischio attualmente proposti e/o in uso nelle strutture socio-sanitarie per lo più orientati alla valutazione dei bisogni dei pazienti e al monitoraggio di aspetti organizzativi delle strutture con appropriate misure di processo e di esito della qualità dell'assistenza effettivamente prestata.

Il contesto socio sanitario deve pertanto assumere la capacità di modellare la propria struttura nell'ottica della rilevazione e la prevenzione di incidenti, connotati da una dimensione specifica che inevitabilmente impatta su degenti in età senile esposti a rischi che, diversamente dalle strutture ospedaliere, possono risultare preponderanti in ragione di una serie attività, prestazioni, equipe professionali e ambiente di lavoro rivolti ad settore con prerogative differenziate dalla mera sfera clinica, quindi rivolta all'assistenza di base nonché al benessere psico-fisico del degente.

Oltretutto risulta possibile anche effettuare un'analisi in termini di paragone che dimostra una simile o maggiore esposizione di elementi di rischio, preponderanti nel confronto con le organizzazioni che operano in contesti sanitari, le quali da decenni hanno plasmato la tematica del rischio.

	Sistema sanitario	Sistema socio sanitario
Alta tecnologia	✓	
Alto grado di specializzazione delle prestazioni	✓	
Specializzazione sull'assistenza di base		✓
Integrazione professionale	✓	✓
Governo delle relazioni con i caregivers		✓
Vincoli normativi, contrattuali e finanziari	✓	✓
Enfasi su qualità e gestione del rischio clinico	✓	
Turbolenze del mercato	✓	✓
Leadership e gestione dei collaboratori	✓	✓

Figura 6. Cocco e Giorgio, *tesi sperimentale risk management laurea magistrale*, Università del Piemonte Orientale, 2019.

I principali rischi correlati al settore socio-sanitario sono rappresentati da:

- infezioni correlate all'assistenza
- lesioni da pressione
- cadute
- gestione della disfagia
- gestione della terapia farmacologica
- malnutrizione e disidratazione
- rischio da contenzione fisica
- allontanamento del paziente dalla struttura o al suo interno
- trauma da movimentazione
- abusi e malpratiche assistenziali su soggetti anziani
-

La gestione del rischio clinico nelle RSA: la realtà nell'ASP «Golgi Redaelli»

Si illustrano di seguito i livelli di esposizione a tali rischi, da un confronto tra ambiente socio-sanitario e ambiente sanitario.

SOCIO SANITARIO VS SANITARIO		
	AMBITO SOCIO SANITARIO	AMBITO SANITARIO
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	ALTO	ALTO
LESIONI DA PRESSIONE	ALTO	MEDIO
CADUTE	ALTO	BASSO
GESTIONE DELLA DISFAGIA	MEDIO	MEDIO
GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	MEDIO	ALTO
MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE	ALTO	ALTO
CONTENZIONE FISICA	ALTO	MEDIO
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	ALTO	BASSO
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	ALTO	BASSO
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	ALTO	MEDIO

LIVELLI DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

Legenda: ■ BASSO ■ MEDIO ■ ALTO

Figura 7. Coccoaro e Giorgio, *tesi sperimentale risk management laurea magistrale*, Università del Piemonte Orientale, 2019

Capitolo 4. Le raccomandazioni ministeriali

1 - CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO KCL ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO

2 - PREVENZIONE DELLA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

Scheda preoperatoria

3 - CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA

4 - PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

5 - PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO

6 - PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

Integrazione

7 - PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

8 - PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

9 - PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTROMEDICALI

10 - PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI

11 - MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)

12 - PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI "LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE"

13 - LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE

14 - LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI

Check list

15 - MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO

16 - PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO > 2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA

17 - RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

18 – PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI

19 – RACCOMANDAZIONI PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE

Il Ministero della Salute ha implementato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento del sistema.

Le raccomandazioni ministeriali si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

LISTA EVENTI SENTINELLA (Ministero della Salute)

- 1) **Procedura in paziente sbagliato**
- 2) *Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)*
- 3) **Errata procedura su paziente corretto**
- 4) *Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure*
- 5) **Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0**
- 6) **Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica**
- 7) *Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto*
- 8) *Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita*
- 9) **Morte o grave danno per caduta di paziente**
- 10) **Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale**
- 11) **Violenza su paziente**
- 12) **Atti di violenza a danno di operatore**
- 13) **Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)**
- 14) *Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*
- 15) *Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico*
- 16) **Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente**

Figura 8. Fonte Ministero della Salute

Capitolo 5. Rischi correlati al settore: i nostri dati a confronto

5.1 Segnalazioni di Incident Reporting Aziendali 2018 suddivisi per sede e tipologia

ABBIATEGRASSO	86 (22%)
VIMODRONE	70 (19%)
MILANO	220 (59%)
Totale	376

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	3 (1%)
LESIONI DA PRESSIONE	2 (1%)
CADUTE	79 (21%)
GESTIONE DELLA DISFAGIA	53 (14%)
GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	142 (38%)
MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE	--
CONTENZIONE FISICA	11 (3%)
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	10 (3%)
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	22 (5%)
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	11 (3%)
ALTRO	43 (11%)
Totale	376

5.2 Segnalazioni di Incident Reporting Aziendali 2019 suddivisi per sede e tipologia

ABBIATEGRASSO	138 (30%)
VIMODRONE	51 (12%)
MILANO	255 (58%)
Totale	444

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	3 (1%)
LESIONI DA PRESSIONE	2 (1%)
CADUTE	79 (21%)
GESTIONE DELLA DISFAGIA	53 (14%)
GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	142 (38%)
MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE	--
CONTENZIONE FISICA	11 (3%)
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	10 (3%)
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	22 (5%)
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	11 (3%)
ALTRO	43 (11%)
Totale	376

5.3. Risk Rating Aziendale relativo al 2018 (IPR eventi schede I. R.)

RISCHIO BASSO	221 (59%)
RISCHIO MEDIO BASSO	54 (14%)
RISCHIO MEDIO ALTO	80 (21%)
RISCHIO ALTO	21 (6%)
Totale	376

5.4. Risk Rating Aziendale relativo al 2019 (IPR eventi schede I. R.)

RISCHIO BASSO	226 (51%)
RISCHIO MEDIO BASSO	29 (7%)
RISCHIO MEDIO ALTO	161 (36%)
RISCHIO ALTO	28 (6%)
Totale	444

RISK RATING		
5-15	RISCHIO BASSO	Danno insignificante per il paziente e probabilità di accadimento basse GESTIONE: Attraverso procedure definite
20-25	RISCHIO MEDIO BASSO	Danno lieve o moderato per il paziente e probabilità di accadimento di bassa media entità GESTIONE: Valutazione proattive per prevenire accadimenti futuri
30-55	RISCHIO MEDIO ALTO	Danno moderato per il paziente e probabilità di accadimento di media alta entità GESTIONE: Attenta valutazione del rischio in ambito organizzativo – Criteri di URGENZA
60-125	RISCHIO ALTO	Danno moderato per il paziente e probabilità di accadimento di media alta entità GESTIONE: Immediato intervento/Applicazione combinata di più tecniche di RM (RCA) - Criteri di EMERGENZA

Figura 9. Cocco Pasquale, atti del seminario «Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario» - IV EDIZIONE, Abbiategrasso 26/11/2019.

5.5. Gli elementi scatenanti considerati

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PAZIENTE 2021

	SI	NO
Fragilità/Disabilità	376 (100%)	0
Decadimento Cognitivo/Demenza	327 (87%)	49
Scarsa /Assente Autonomia	296 (78%)	80
Instabilità clinica	77 (20%)	299

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PAZIENTE 2019

	SI	NO
Fragilità/Disabilità	397 (90%)	47
Decadimento Cognitivo/Demenza	301 (68%)	143
Scarsa /Assente Autonomia	352 (80%)	92
Instabilità clinica	52 (12%)	392

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PERSONALE 2018

	SI	NO
Violazione nell'eseguire Istruzioni/Procedure/Protocolli	120 (32%)	256
Inadeguate Conoscenze/Esperienze	22 (6%)	354
Fatica/Stress	71 (19%)	305
Scarso lavoro di gruppo	68 (18%)	308

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PERSONALE 2019

	SI	NO
Violazione nell'eseguire Istruzioni/Procedure/Protocolli	176 (40%)	268
Inadeguate Conoscenze/Esperienze	47 (11%)	397
Fatica/Stress	64 (15%)	380
Scarso lavoro di gruppo	82 (19%)	362

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL SISTEMA 2018

	SI	NO
Staff Inadeguato/Insufficiente	25 (7%)	351
Addestramento/Inserimento inappropriato	15 (4%)	361
Elevato <i>turn over</i>	25 (7%)	351
Scarsa continuità assistenziale	28 (8%)	348
Protocollo/Procedura inesistente o con delle lacune	8 (2%)	368
Mancato coordinamento	75 (20%)	301
Deficit/Assenza comunicativa o utilizzo improprio delle informazioni	70 (19%)	316
Ambiente inadeguato	12 (3%)	346

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL SISTEMA 2019

	SI	NO
Staff Inadeguato/Insufficiente	12 (3%)	432
Addestramento/Inserimento inappropriato	42 (10%)	402
Elevato <i>turn over</i>	14 (3%)	430
Scarsa continuità assistenziale	18 (4%)	426
Protocollo/Procedura inesistente o con delle lacune	12 (3%)	432
Mancato coordinamento	104 (31%)	340
Deficit/Assenza comunicativa o utilizzo improprio delle informazioni	125 (45%)	319
Ambiente inadeguato	7 (1%)	337

5.6. Eventi significativi di Incident Reporting nel 2019

DESCRIZIONE DELL'EVENTO	TIPOLOGIA DI RISCHIO	INDICE DI PRIORITA' DI RISCHIO
A seguito di trasferimento con sollevatore attivo, la paziente lamenta dolore all'arto superiore destro, alla visita contestuale non appaiono segni di lesione, in presenza di "spalla congelata" per rottura inveterata della cuffia dei rotatori, già operata. il mattino successivo viene segnalato gonfiore con dolore al braccio, in assenza di altri segni esterni di lesione: la paziente viene inviata in pronto soccorso, dove vengono riscontrate frattura scomposta alla diafisi omerale destra, frattura della testa dell'omero e lussazione di spalla	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	60
Il paziente accede all'anticamera/bagno ove era posizionato carrello per raccolta presidi assorbenti ospiti, su cui era impropriamente posizionato shampoo utilizzato per igiene al letto dell'ospite della corrispettiva stanza ed assume dose di circa 300 cc	ALTRO	30
Viene effettuato un clisma fleet (peretta) come da monitoraggio alvo in maniera brusca e svegliando un paziente per la quale si poteva pensare all'intervento in mattinata, giacchè trattasi di persona con ottime abilità funzionali, continente e in grado di recarsi in bagno. (malpratica assistenziale)	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	10
Cade accidentalmente in camera nel tentativo di effettuare da sola il passaggio carrozzina-letto dopo essersi rimossa da sola la cintura di contenzione	RISCHIO DA CONTENZIONE FISICA	15
Ospite con ottime capacità funzionali, cognitive e di autodeterminazione, rimane vittima con conseguente stato di morte a seguito di assunzione di bresaola durante la cena	GESTIONE DELLA DISFAGIA	25
L'operatrice Oss somministra ad un Ospite con disfagia medio-grave uno spicchio di mandarino, ne consegue importante ab ingestis	GESTIONE DELLA DISFAGIA	30
Nell'effettuazione della terapia sottocute (insulina) veniva lasciata la siringa sul bancone/davanzale.	GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	5
Ospite con carattere aggressivo e provocatorio e con buone abilità motorie e cognitive, rovescia un bicchiere d'acqua addosso ad un'altra Signora costretta in carrozzina, sulla base di futili motivi.	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	20
Ospite con buone capacità cognitive e funzionali (deambulazione con walker), con recentissimi episodi di confusione, si allontana all'esterno della struttura e viene rinvenuta presso struttura ospedaliera (H San Paolo) alle h 9.30 circa. MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE: viene suggerito di attrezzare le porte d'ingresso con possibilità di accesso dopo chiamata, sia per l'entrata che per l'uscita.	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	30

<p>Ad un'Ospite a rischio di caduta, con grave decadimento cognitivo (Demenza), non viene assicurata adeguatamente la cintura di contenzione, secondo modalità discusse in equipe. La prestazione assistenziale della degente è stata delegata ad operatrice oss volante non a conoscenza di tali istruzioni operative.</p>	<p>RISCHIO DA CONTENZIONE FISICA</p>	<p>15</p>
<p>MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Vengono invitati gli operatori del reparto ad utilizzare la delega sulle prestazioni assistenziali ad altri operatori non dell'equipe, informando adeguatamente il delegato sulle indicazioni previste dal piano assistenziale.</p>		
<p>Pz con esiti di emorragia cerebrale evacuata, demenza grave, polmonite. Comunicato dal laboratorio positività per antigene urinario legionella per cui viene modificata la terapia antibiotica</p>	<p>ICA</p>	<p>25</p>
<p>La compagna di camera di un'Ospite avvisa il personale di intervenire tempestivamente in quanto quest'ultima si posiziona, con intento suicida, un sacchetto di plastica stretto su tutta la testa. Intervento rapido del personale con Ospite con segni di cianosi, urlando di voler morire.</p>	<p>ALTRO</p>	<p>15</p>
<p>Ad un Ospite sofferente, causa dolore terminale, con MORFINA 5 MG all'occorrenza, non viene somministrata terapia dall'infermiera per disguido scaturito dalla doppia prescrizione (cartacea e informatizzata).</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>45</p>
<p>Prescritta terapia infusione per 2 giorni sul diario e non sul F.U.T. L'infermiere non somministra. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Rendere consapevole il prescrittore che la prescrizione suo diario è ad esclusivo appannaggio delle terapie STATIM non prolungabili oltre un certo numero di ore</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>20</p>
<p>Paziente affetta da deficit cognitivo, si è allontanata da deficit cognitivo, si è allontanata dal reparto, è stata trovata in atrio ingresso istituto.</p>	<p>ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO</p>	<p>10</p>
<p>Ospite con ottime capacità cognitive e moderata disabilità funzionale, durante la fase di mobilitazione urta accidentalmente la tibia sx contro la carrozzina, procurandosi trauma contusivo (in terapia con farmaci anticoagulanti)</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>30</p>
<p>Ospite che durante il cambio turno degli operatori chiede di recarsi ai servizi (con il rischio che se non soddisfatto il bisogno la Sig.ra potrebbe deciderlo di farlo autonomamente ma con alto rischio di caduta. L'operatrice delega "non chiaramente" alla collega, la quale è intenta a seguire la consegna. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Suggerito agli operatori di valutare attentamente determinate richieste in relazione ai tempi in cui devono essere soddisfatte, calcolando la priorità degli interventi.</p>	<p>ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI</p>	<p>30</p>

Riscontro di lesione da decubito S 2 a livello del sacro per malfunzionamento materasso antidecubito ad alta prevenzione	LESIONI DA PRESSIONE	20
Al rientro da un esame diagnostico in radiologia, viene riscontrato un esteso ematoma in sede mano sinistra, probabilmente accaduto durante la movimentazione o il trasporto nel settore diagnostico	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	45
Pz trovato a terra nella propria camera, caduto dopo essersi alzato dal letto; noto per iniziative motorie incongrue, a rischio di caduta, riporta FRATTURA L3. Già in atto soluzioni di riduzione rischio di caduta.	CADUTE	50
Durante la fase di trasferimento dalla carrozzina alla bilancia per la rilevazione del peso corporeo, procurata autonomamente dalla paziente una ferita lacero contusa alla tibia destra, nonostante la supervisione dell'operatore. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE Assicurare sempre un monitoraggio e una supervisione validi per le persone con deficit motorio durante i trasferimenti	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	45
Trasferimento autonomo dalla carrozzina scavalcando i predellini della stessa con il rischio di caduta per inciampo. Trovata per caso durante il trasferimento in assenza di personale nel momento presente perché impegnato in altro	CADUTE	5
Trovato a terra presso la propria camera, con segni di Trauma cranico ed invio in PS	CADUTE	30
Ospite con deterioramento cognitivo grave e buone funzionalità motorie, si allontana dal reparto con la carrozzina (che usa sporadicamente); viene ritrovata al piano superiore incolume	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	15
La figlia ha trovato 3 cerotti di rotigotina sul corpo della paziente	GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	30
Applicazione di un farmaco oltre il tempo prescritto sul F.U.T., la pomata veniva gestita dal personale Oss contravvenendo al profilo degli infermieri che non prevedono la DELEGA sulla somministrazione dei farmaci. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE Riunione con i membri dell'equipe per definire in modo stringente le corrette modalità di gestione della terapia farmacologica relativamente all'utilizzo delle pomate.	GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	40

<p>Ritrovato in bagno con lesione piramide nasale, verosimile caduta. Si iniziava osservazione come da trauma Cranico</p>	<p>CADUTE</p>	<p>45</p>
<p>Durante le manovre assistenziali a letto, è stato causato un trauma cranico con modesta contusione con iniziale comparsa di ematoma all'arcata sopraccigliare sn, in seguito ad urto contro la sponda del letto.</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>45</p>
<p>Un pz si autorimuove la cintura di protezione, cammina dalla camera al bagno dove viene ritrovato a terra supino con escoriazione in regione frontale. Inviato in PS per gli accertamenti del caso.</p>	<p>RISCHIO DA CONTENZIONE FISICA</p>	<p>45</p>
<p>Prescrizione di pomate ad una serie di pazienti non trascritte sul F.U.T.; indicazione medica a trascriverle sulla scheda delle medicazioni. Prescrizione inappropriata che non ha consentito la somministrazione del farmaco in alcuni turni pomeridiani. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE Divulgazione delle buone pratiche relativamente alla gestione della terapia farmacologica.</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>30</p>
<p>Alle h 6.30 un Ospite viene movimentata in carrozzina poiché irrequieta: Viene posizionata in carrozzina senza pantaloni e con un lenzuolo che le copriva le gambe. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE Far comprendere agli operatori che queste azioni sono riconducibili alla sfera degli abusi e delle malpratiche assistenziali.</p>	<p>ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI</p>	<p>5</p>
<p>Non evidenziata registrazione di una terapia extra orario (h 24). La comunicazione scritta da far presente al momento del cambio turno era presente, ma gli operatori non sono stati informati della stessa. L'infermiere del pomeriggio, contando sulle buone capacità cognitive del paziente, consegna il farmaco a quest'ultimo. MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Sensibilizzare il gruppo infermieristico all' approccio stringente sulle procedure relative alla gestione della terapia farmacologica, soprattutto in merito alla registrazione dell'avvenuta somministrazione la quale va accertata da chi compie l'intervento. Assicurare adeguate informazioni soprattutto nei momenti del cambio del turno.</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>30</p>
<p>Non evidenziata registrazione di una terapia extra orario (h 24) in 3 occasioni dal 01.05.2019 al 10.05.2019. MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Sensibilizzare il gruppo infermieristico all' approccio stringente sulle procedure relative alla gestione della terapia farmacologica, soprattutto in merito alla</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>30</p>

registrazione dell'avvenuta somministrazione la quale va accertata da chi compie l'intervento. Assicurare adeguate informazioni soprattutto nei momenti del cambio del turno.		
La pz scivolava a terra nella sua camera pur essendo appoggiata al girello in uso ed in presenza di due operatori che per un istante nel ricercare la biancheria intima della pz hanno distolto l'attenzione dalla stessa che era appoggiata al suo girello Diagnosi: Frattura di femore Nelle F.U.T. di una paziente trasferita in RSA, viene riportata terapia con OMEPRAZOLO CP. La verifica presso il reparto trasferente ha accertato che veniva somministrato RABEPRAZOLO compresse. MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Sensibilizzare a trascrivere il nome della molecola sul F.U.T. come descritte dalle procedure interne.	CADUTE	60
Improvvisa caduta a terra in paziente wandering inviato in Ps dove si riscontra frattura radio-ulna polso destro. confezionato apparecchio gessato da mantenere per 30gg MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Applicazione della Root Causes Analysis Cade a causa di inciampo su protezione stesa sul pavimento in corso di lavori di imbiancatura	CADUTE	80
Veniva trovato sporco di feci all'interno coscia con il cavo orale in condizioni igieniche scarse, spettinato e posturato in modo inappropriato. Tutto ciò dopo il trattamento d'igiene effettuato da poco.	CADUTE	60
Per paziente con diarrea cronicizzata (3-4 scariche al giorno abbondanti) si scopre dopo oltre 2 mesi che il sintomo era determinato dall'ipoglicemizzante Metformina assunto regolarmente dalla paziente. La conferma è avvenuta visionando la scheda tecnica del farmaco. La paziente, per effetto della diarrea, ha perso buona parte della quota motoria e delle abilità funzionali di base. MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Le schede tecniche dei farmaci andrebbero consultate regolarmente, soprattutto in caso di inefficacia terapeutica o comparsa di sintomatologia la cui genesi è dubbia. L'infermiere deve collaborare in tal senso.	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	15
Prescritta terapia antibiotica dal medico di guardia; riportata in foglio di terapia cartaceo ma non in modalità informatizzata. L'infermiere della notte non trovando la terapia prescritta sul pc non la somministrava. Inserita a pc dal medico di reparto la mattina del 21/5/19 ma la terapia della sera precedente comunque non è stata somministrata	GESTIONE DELLA TERPIA FARMACOLOGICA	60
	GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	40

<p>MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE Comunicare a tutti i medici di guardia di prescrivere sempre i farmaci in modalità informatizzata</p>		
<p>Procurato trauma da movimentazione ad un'Ospite in sede frontale MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Far riferimento alle procedure e agli strumenti relativi alla movimentazione dei pazienti.</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>30</p>
<p>Ad un'ospite non è stata eseguita l'igiene delle mani e il taglio delle unghia alla mano sinistra, che per problemi articolari viene tenuta chiusa. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Far riferimento alle procedure relative alle specifiche problematiche di quella persona.</p>	<p>ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI</p>	<p>20</p>
<p>Paziente che cade dalla carrozzina sostenendo di essere scivolata; visti i precedenti episodio di manie autolesioniste, il dubbio è che l'evento sia stato provocato volutamente. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Attenta valutazione globale della persona, anche avvalendosi della terapie farmacologiche previste per le azioni autolesioniste</p>	<p>CADUTA</p>	<p>30</p>
<p>Procurato trauma da movimentazione ad un'Ospite in sede frontale MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Far riferimento alle procedure e agli strumenti relativi alla movimentazione dei pazienti.</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>30</p>
<p>Ospite con decadimento cognitivo, presa in carico del 07.06.2019, con abitudini di vita che prevedevano la messa a letto intorno alle h 10 (informazione riferita e tracciata sulla documentazione), viene posizionata a letto alle h 20; ne consegue che per 2 notti di seguito alla Signora, irrequieta e insonne, vengono somministrate terapie sedative a seguito di prescrizione medica. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: La presa in carico di un nuovo Ospite deve prevedere la trasmissione adeguata delle informazioni riportate e dei familiari, ponendo attenzione anche alle problematiche relative al cambio ambientale.</p>	<p>ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI</p>	<p>20</p>
<p>Operatrice Oss che esegua cure igieniche da sola, posturando la paziente in ambo i lati nonostante le indicazioni scritte ad eseguire la procedura in coppia. In passato alla paziente erano state riscontrati piccoli lividi al volto. MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Indicazioni stringenti e vincolanti da inoltrare al personale Oss relativamente alle procedure previste.</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>45</p>

<p>Veniva somministrata 1 fiala di Midazolam senza prescrizione medica</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>5</p>
<p>Durante le manovre di trasferimento, eseguito con sollevatore mobile e telo h24, si rompeva la fettuccia di aggancio del telo e la paziente cadeva a terra. La paziente si procurava trauma alla spalla destra ed al capo. Inviata in ospedale per gli accertamenti del caso e trattenuta. La paziente assume anti coagulanti.</p>	<p>TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>20</p>
<p>MISURA CORRETTIVA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Implementazione procedura aziendale per manutenzione ausili</p>		
<p>Errata prescrizione dosaggio farmaco (Calciparina 0,2, 8 fiale x 3 anzichè 1 fl x3) somministrazione dal medico e non accortezza per tempo dagli IP, anche se è stato somministrato in dosaggio adeguato</p>	<p>GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</p>	<p>5</p>
<p>Dal Laboratorio Redaelli di Milano è pervenuto il referto positivo per la ricerca del Gene tdcB di Clostridium difficile. Proceduto immediatamente con l'attuazione delle procedure del caso, in particolare: isolamento della paz., inizio terapia antibiotica, informazioni ai parenti e norme da rispettare.</p>	<p>ICA</p>	<p>60</p>
<p>Recente ricovero (16/05/2019), paz. proveniente dall'ospedale.</p>		
<p>La paziente si rimuove la cintura e nel tentativo di alzarsi cade.</p>	<p>DANNO DA CONTENZIONE FISICA</p>	<p>60</p>
<p>MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Sostituire cintura di contenzione.</p>		
<p>Nell'effettuazione della manovra di trasferimento di un'ospite (emiplegico) dal letto alla carrozzina, l'operatrice perdeva l'equilibrio cadendo insieme all'ospite.</p>	<p>TRAUMA DA MOVIMENTAZIONE</p>	<p>40</p>
<p>la manovra doveva essere effettuata: 2 operatori con aiuto nella rotazione;</p>		
<p>2 operatori con uso di sollevatore passivo.</p>		
<p>MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Effettuazione di aggiornamento sulle modalità del trasferimento dell'ospite ricoverato.</p>		
<p>La Sig.ra ha scavalcato pe spondine, ha rimosso lenzuolo contenitivo, ed è caduta in stanza fratturandosi.</p>	<p>DANNO DA CONTENZIONE FISICA</p>	<p>60</p>
<p>MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE: La Sig.ra non andava messa a letto ma su una bascula e sorvegliata da parte dell'operatore, in quanto in giornata aveva già manifestato momenti di irrequietezza</p>		
<p>Il paziente si è alzato dalla carrozzina manomettendo la contenzione, che probabilmente non era stata fissata correttamente, cadendo a terra.</p>	<p>DANNO DA CONTENZIONE FISICA</p>	<p>45</p>
<p>MISURA PROPOSTA DAL COMPILATORE: Miglior applicazione del protocollo di monitoraggio appropriatezza posizionamento delle contenzioni.</p>		

5.7. Check List Covid-19: rischi correlati al settore socio sanitario

ABBIATEGRASSO

TOTALE OSPITI: 97

SEZIONE 1	STRUMENTI DI PROTEZIONE FISICA	
	Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile al momento del controllo il ricorso a mezzi di contenzione fisica incluse le doppie spondine;	70
	Numero di Ospiti i per i quali è rintracciabile al momento del controllo la prescrizione di mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine);	69
	Numero di Ospiti sottoposti a contenzione fisica per i quali vi è la completa aderenza ai protocolli assistenziali;	56
	Numero di Ospiti sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo;	77
	Numero di ospiti sottoposti a contenzione con mezzi fisici diversi da spondine, cintura, corsetto.	11

SEZIONE 2	CADUTE	
	Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile almeno un evento caduta negli ultimi sei mesi;	23
	Numero di cadute/incidenti con prognosi superiore o uguale a 30 giorni;	1
	In seguito a cadute/incidenti con prognosi \geq 30 gg è stato organizzato un audit o simili;	0
	Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio caduta sottoposti a misure preventive esclusi i mezzi di contenzione (riabilitative, animative, ecc.),	65

SEZIONE 3	VALUTAZIONE DEL DOLORE	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore;		96
Numero di Ospiti sottoposti a terapie antidolorifiche negli ultimi 6 mesi;		48

SEZIONE 4	LESIONI DA PRESSIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da lesioni da pressione;		96
Numero di Ospiti a rischio da lesioni da pressione (Braden =<16);		96
Numero di Ospiti con lesioni da pressione I e II STADIO;		8
Numero di Ospiti con lesioni da pressione III e IV STADIO;		12
Numero di Ospiti con lesioni da pressione guarite per i quali è rintracciabile la ricaduta della/e stessa lesione;		4

SEZIONE 5	MALNUTRIZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di malnutrizione;		96
Numero di Ospiti sottoposti alla rilevazione del peso mensilmente		96
Numero di Ospiti con MUST > 0;		50
Numero di Ospiti in terapia con integratori per rischio malnutrizione		53

SEZIONE 6	DISIDRATAZIONE
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disidratazione;	54
Numero di Ospiti non autosufficienti per i quali occorre predisporre un piano di idratazione	41
Numero di Ospiti autosufficienti per i quali NON occorre predisporre un piano di idratazione	50
Numero di Ospiti sottoposti a terapie idratanti per via parenterale negli ultimi 6 mesi	27

SEZIONE 7	GESTIONE DELLA DISFAGIA
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disfagia cibi liquidi/solidi dopo valutazione logopedica;	21
Numero di Ospiti disfagici per i quali è necessaria l'assistenza al pasto	26
Numero di Ospiti a cui è stato rilevato almeno 1 episodio di <i>ab ingestis</i> negli ultimi 6 mesi	12
Per gli ospiti con diagnosi di disfagia ogni quanto viene rivalutato lo stato nutrizionale?	1-3 MESI

SEZIONE 8	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO
Numero di Ospiti per i quali è stato identificato il rischio di allontanamento all'interno e all'esterno della struttura;	19
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'INTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;	0
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'ESTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;	0

SEZIONE 9	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stata identificata la modalità più idonea per la movimentazione (Autonomo/1 op/2 op/sollevatore attivo/sollevatore passivo);		80
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da traumi di movimentazione;		96
Numero di Ospiti che sono incorsi in traumi da movimentazione negli ultimi sei mesi;		4

SEZIONE 10	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati segnalati episodi di incuria e isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di episodi di incuria ed isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati riportati episodi di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia e' stato adottato uno strumento di segnalazione di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia è mai stato trattato in reparto il tema degli abusi e delle malpratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

SEZIONE 11	SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	
A seguito del periodo della pandemia su quanti pazienti <i>wandering</i> si è osservata la condizione di allettamento di ipomobilità?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso a terapie psicotrope prescritte "al bisogno"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso ai mezzi di protezione fisica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

MILANO
TOTALE OSPITI: 197

SEZIONE 1	STRUMENTI DI PROTEZIONE FISICA
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile al momento del controllo il ricorso a mezzi di contenzione fisica incluse le doppie spondine;	89
Numero di Ospiti i per i quali è rintracciabile al momento del controllo la prescrizione di mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine);	56
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione fisica per i quali vi è la completa aderenza ai protocolli assistenziali;	91
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo;	91
Numero di ospiti sottoposti a contenzione con mezzi fisici diversi da spondine, cintura, corsetto.	2

SEZIONE 2	CADUTE	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile almeno un evento caduta negli ultimi sei mesi;		37
Numero di cadute/incidenti con prognosi superiore o uguale a 30 giorni;		5
In seguito a cadute/incidenti con prognosi \geq 30 gg è stato organizzato un audit o simili;		2 su 6
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio caduta sottoposti a misure preventive esclusi i mezzi di contenzione (riabilitative, animative, ecc.),		28

SEZIONE 3	VALUTAZIONE DEL DOLORE	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore;		142
Numero di Ospiti sottoposti a terapie antidolorifiche negli ultimi 6 mesi;		43

SEZIONE 4	LESIONI DA PRESSIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da lesioni da pressione;		197
Numero di Ospiti a rischio da lesioni da pressione (Braden \leq 16);		105
Numero di Ospiti con lesioni da pressione I e II STADIO;		16
Numero di Ospiti con lesioni da pressione III e IV STADIO;		5
Numero di Ospiti con lesioni da pressione guarite per i quali è rintracciabile la ricaduta della/e stessa lesione;		4

SEZIONE 5	MALNUTRIZIONE
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di malnutrizione;	197
Numero di Ospiti sottoposti alla rilevazione del peso mensilmente	123
Numero di Ospiti con MUST > 0;	69
Numero di Ospiti in terapia con integratori per rischio malnutrizione	42

SEZIONE 6	DISIDRATAZIONE
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disidratazione;	89
Numero di Ospiti non autosufficienti per i quali occorre predisporre un piano di idratazione	72
Numero di Ospiti autosufficienti per i quali NON occorre predisporre un piano di idratazione	132
Numero di Ospiti sottoposti a terapie idratanti per via parenterale negli ultimi 6 mesi	52

SEZIONE 7	GESTIONE DELLA DISFAGIA
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disfagia cibi liquidi/solidi dopo valutazione logopedica;	10
Numero di Ospiti disfagici per i quali è necessaria l'assistenza al pasto	35
Numero di Ospiti a cui è stato rilevato almeno 1 episodio di <i>ab ingestis</i> negli ultimi 6 mesi	8
Per gli ospiti con diagnosi di disfagia ogni quanto viene rivalutato lo stato nutrizionale?	1-3 MESI

SEZIONE 8	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	
Numero di Ospiti per i quali è stato identificato il rischio di allontanamento all'interno e all'esterno della struttura;		24
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'INTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;		2
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'ESTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;		0

SEZIONE 9	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stata identificata la modalità più idonea per la movimentazione (Autonomo/1 op/2 op/sollevatore attivo/sollevatore passivo);		150
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da traumi di movimentazione;		67
Numero di Ospiti che sono incorsi in traumi da movimentazione negli ultimi sei mesi;		0

SEZIONE 10	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati segnalati episodi di incuria e isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di episodi di incuria ed isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati riportati episodi di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia e' stato adottato uno strumento di segnalazione di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia è mai stato trattato in reparto il tema degli abusi e delle malpratiche assistenziali?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

SEZIONE 11	SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	
A seguito del periodo della pandemia e' stato osservata una condizione di ipomobilita'/ allettamento nei pazienti con <i>wandering</i> ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso a terapie psicotrope prescritte "al bisogno"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso ai mezzi di protezione fisica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

VIMODRONE
TOTALE OSPITI: 163

SEZIONE 1	STRUMENTI DI PROTEZIONE FISICA	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile al momento del controllo il ricorso a mezzi di contenzione fisica incluse le doppie spondine;		131
Numero di Ospiti i per i quali è rintracciabile al momento del controllo la prescrizione di mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine);		85
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione fisica per i quali vi è la completa aderenza ai protocolli assistenziali;		71
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo;		144
Numero di ospiti sottoposti a contenzione con mezzi fisici diversi da spondine, cintura, corsetto.		22

SEZIONE 2	CADUTE	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile almeno un evento caduta negli ultimi sei mesi;		16
Numero di cadute/incidenti con prognosi superiore o uguale a 30 giorni;		0
In seguito a cadute/incidenti con prognosi \geq 30 gg è stato organizzato un audit o simili;		0
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio caduta sottoposti a misure preventive esclusi i mezzi di contenzione (riabilitative, animative, ecc.),		8

SEZIONE 3	VALUTAZIONE DEL DOLORE	
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore;		149
Numero di Ospiti sottoposti a terapie antidolorifiche negli ultimi 6 mesi;		24

SEZIONE 4	LESIONI DA PRESSIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da lesioni da pressione;		163
Numero di Ospiti a rischio da lesioni da pressione (Braden \leq 16);		108
Numero di Ospiti con lesioni da pressione I e II STADIO;		15
Numero di Ospiti con lesioni da pressione III e IV STADIO;		4
Numero di Ospiti con lesioni da pressione guarite per i quali è rintracciabile la ricaduta della/e stessa lesione;		5

SEZIONE 5	MALNUTRIZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di malnutrizione;		163
Numero di Ospiti sottoposti alla rilevazione del peso mensilmente		163
Numero di Ospiti con MUST > 0;		18
Numero di Ospiti in terapia con integratori per rischio malnutrizione		59

SEZIONE 6	DISIDRATAZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disidratazione;		48
Numero di Ospiti non autosufficienti per i quali occorre predisporre un piano di idratazione		38
Numero di Ospiti autosufficienti per i quali NON occorre predisporre un piano di idratazione		63
Numero di Ospiti sottoposti a terapie idratanti per via parenterale negli ultimi 6 mesi		30

SEZIONE 7	GESTIONE DELLA DISFAGIA	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disfagia cibi liquidi/solidi dopo valutazione logopedica;		11
Numero di Ospiti disfagici per i quali è necessaria l'assistenza al pasto		34
Numero di Ospiti a cui è stato rilevato almeno 1 episodio di <i>ab ingestis</i> negli ultimi 6 mesi		5
Per gli ospiti con diagnosi di disfagia ogni quanto viene rivalutato lo stato nutrizionale?		0

SEZIONE 8	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	
Numero di Ospiti per i quali è stato identificato il rischio di allontanamento all'interno e all'esterno della struttura;		0
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'INTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;		1
Numero di Ospiti che si sono allontanati all'ESTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;		0

SEZIONE 9	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stata identificata la modalità più idonea per la movimentazione (Autonomo/1 op/2 op/sollevatore attivo/sollevatore passivo);		120
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da traumi di movimentazione;		1
Numero di Ospiti che sono incorsi in traumi da movimentazione negli ultimi sei mesi;		3

SEZIONE 10	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati segnalati episodi di incuria e isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di episodi di incuria ed isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati riportati episodi di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia e' stato adottato uno strumento di segnalazione di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia è mai stato trattato in reparto il tema degli abusi e delle malpratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

SEZIONE 11	SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	
A seguito del periodo della pandemia e' stato osservata una condizione di ipomobilita' / allettamento nei pazienti con <i>wandering</i> ?	SI	NO
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso a terapie psicotrope prescritte "al bisogno"?	SI	NO
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso ai mezzi di protezione fisica?	SI	NO

ABBIATEGRASSO - MILANO – VIMODRONE
TOTALE OSPITI: 457

SEZIONE 1	STRUMENTI DI PROTEZIONE FISICA
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile al momento del controllo il ricorso a mezzi di contenzione fisica incluse le doppie spondine;	290
Numero di Ospiti i per i quali è rintracciabile al momento del controllo la prescrizione di mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine);	210
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione fisica per i quali vi è la completa aderenza ai protocolli assistenziali;	218
Numero di Ospiti sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo;	312
Numero di ospiti sottoposti a contenzione con mezzi fisici diversi da spondine, cintura, corsetto.	35

SEZIONE 2	CADUTE
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile almeno un evento caduta negli ultimi sei mesi;	76
Numero di cadute/incidenti con prognosi superiore o uguale a 30 giorni;	6
In seguito a cadute/incidenti con prognosi \geq 30 gg è stato organizzato un audit o simili;	2
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio caduta sottoposti a misure preventive esclusi i mezzi di contenzione (riabilitative, animative, ecc.),	101

SEZIONE 3	VALUTAZIONE DEL DOLORE
Numero di Ospiti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore;	387
Numero di Ospiti sottoposti a terapie antidolorifiche negli ultimi 6 mesi;	115

SEZIONE 4	LESIONI DA PRESSIONE
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da lesioni da pressione;	456
Numero di Ospiti a il rischio da lesioni da pressione (Braden \leq 16);	309
Numero di Ospiti con lesioni da pressione I e II STADIO;	39
Numero di Ospiti con lesioni da pressione III e IV STADIO;	21
Numero di Ospiti con lesioni da pressione guarite per i quali è rintracciabile la ricaduta della/e stessa lesione;	13

SEZIONE 5	MALNUTRIZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di malnutrizione;		465
Numero di Ospiti sottoposti alla rilevazione del peso mensilmente		382
Numero di Ospiti con MUST > 0;		137
Numero di Ospiti in terapia con integratori per rischio malnutrizione		154

SEZIONE 6	DISIDRATAZIONE	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disidratazione;		191
Numero di Ospiti non autosufficienti per i quali occorre predisporre un piano di idratazione		151
Numero di Ospiti autosufficienti per i quali NON occorre predisporre un piano di idratazione		245
Numero di Ospiti sottoposti a terapie idratanti per via parenterale negli ultimi 6 mesi		109

SEZIONE 7	GESTIONE DELLA DISFAGIA	
Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio di disfagia cibi liquidi/solidi dopo valutazione logopedica;		42
Numero di Ospiti disfagici per i quali è necessaria l'assistenza al pasto		95
Numero di Ospiti a cui è stato rilevato almeno 1 episodio di ab ingestis negli ultimi 6 mesi		25
Per gli ospiti con diagnosi di disfagia ogni quanto viene rivalutato lo stato nutrizionale?		1-3 mesi

SEZIONE 8	ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	
	Numero di Ospiti per i quali è stato identificato il rischio di allontanamento all'interno e all'esterno della struttura;	43
	Numero di Ospiti che si sono allontanati all'INTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;	3
	Numero di Ospiti che si sono allontanati all'ESTERNO della struttura negli ultimi 6 mesi;	0

SEZIONE 9	TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	
	Numero di Ospiti per i quali è stata identificata la modalità più idonea per la movimentazione (Autonomo/1 op/2 op/sollevatore attivo/sollevatore passivo);	350
	Numero di Ospiti per i quali è stato valutato il rischio da traumi di movimentazione;	164
	Numero di Ospiti che sono incorsi in traumi da movimentazione negli ultimi sei mesi;	7

SEZIONE 10	ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati segnalati episodi di incuria e isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di episodi di incuria ed isolamento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati riportati episodi di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia e' stato adottato uno strumento di segnalazione di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia sono stati adottati provvedimenti a seguito di abusi/mal pratiche assistenziali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nel periodo relativo alla pandemia è mai stato trattato in reparto il tema degli abusi e delle malpratiche assistenziali?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

SEZIONE 11	SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	
A seguito del periodo della pandemia e' stato osservata una condizione di ipomobilità/ allettamento nei pazienti con <i>wandering</i> ?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso a terapie psicotrope prescritte "al bisogno"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Durante il periodo pandemico è aumentato il ricorso ai mezzi di protezione fisica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

DATI AZIENDALI DELLA CHECK LIST SUI RISCHI CORRELATI AL SETTORE SOCIO SANITARIO 2020 PER SINGOLO ISTITUTO

ABBiateGRASSO	
DANNO DA CONTENZIONE FISICA	NA
CADUTE ≥ 30 gg	1
VALUTAZIONE DEL DOLORE	NA
LESIONI DA PRESSIONE	20
MALNUTRIZIONE	50
DISIDRATAZIONE	41
GESTIONE DELLA DISFAGIA	12
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	0
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	4
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	0
SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	NA
TOTALE	128
MILANO	
DANNO DA CONTENZIONE FISICA	NA
CADUTE ≥ 30 gg	5
VALUTAZIONE DEL DOLORE	NA
LESIONI DA PRESSIONE	21
MALNUTRIZIONE	69
DISIDRATAZIONE	72
GESTIONE DELLA DISFAGIA	8
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	2
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	0
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	0
SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	NA
TOTALE	177

VIMODRONE	
DANNO DA CONTENZIONE FISICA	NA
CADUTE ≥ 30 gg	0
VALUTAZIONE DEL DOLORE	NA
LESIONI DA PRESSIONE	19
MALNUTRIZIONE	18
DISIDRATAZIONE	38
GESTIONE DELLA DISFAGIA	5
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	1
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	3
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	0
SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	NA
TOTALE	84

DATI AZIENDALI DELLA CHECK LIST SUI RISCHI CORRELATI AL SETTORE SOCIO SANITARIO 2020

MILANO – VIMODRONE – ABBIATEGRASSO	
DANNO DA CONTENZIONE FISICA	NA
CADUTE ≥ 30 gg	6
VALUTAZIONE DEL DOLORE	NA
LESIONI DA PRESSIONE	60
MALNUTRIZIONE	137
DISIDRATAZIONE	151
GESTIONE DELLA DISFAGIA	25
ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO	3
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	7
ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI	0
SEZIONE PAZIENTE ALZHEIMER	NA
TOTALE	389

DATI AZIENDALI CHECK LIST RISCHI CORRELATI AL SETTORE SOCIO SANITARIO 2020 SUDDIVISI SUI 3 ISTITUTI

ABBIATEGRASSO	128
MILANO	177
VIMODRONE	84
TOTALE	389

Capitolo 6. La gestione della terapia farmacologica: un rischio molto frequente correlato al settore

Le RSA hanno assunto nel tempo un ruolo importante nella rete assistenziale, poiché si trovano collocate in una posizione intermedia tra ospedale e domicilio. Data la tipologia di soggetti ospitati all'interno delle RSA, perlopiù anziani affetti da patologie croniche e in politerapia, la gestione del farmaco è senza dubbio un processo da presidiare poiché, se non adeguatamente controllato, può causare gravi rischi per il paziente (Raccomandazione Ministeriale n. 17)

Vi sono indubbiamente elementi triggering nei contesti socio-sanitari:

- elevata quantità dei farmaci da somministrare
- rifiuto della terapia da parte di pazienti con deterioramento cognitivo
- tempi dilatati per singola somministrazione per aiuto al paziente
- dilatazione dei tempi di deglutizione
- terapia triturrata o spezzata
- interruzioni da parte di pazienti e/o familiari
- interruzioni da parte di altri operatori per segnalazioni di problematiche varie
- standard IP non adeguato rispetto alle reali esigenze

Una ricerca del Nucleo Anti Sofisticazione dell'Arma dei Carabinieri, già nel 2010 evidenziava i comportamenti pericolosi identificati in ambito socio-sanitario in questo ambito:

- terapia preparata in largo anticipo, dalle 8 alle 16 ore precedenti (24%)
- operatori che preparano diversi da quelli che somministrano (45%)
- operatori diversi che preparano e somministrano la terapia, assenza della registrazione della avvenuta somministrazione (68%)

ANALISI DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

Sino ad ora non vi sono stati costi economici aggiuntivi in quanto le attività svolte sono sempre state effettuate in orario di servizio.

CONCLUSIONI

Vengono confermati dalle segnalazioni di Incident Reporting, compilate nel 2019, i principali rischi correlati al settore, in analogia al 2018, segno che la loro individuazione ne conferma l'impatto in ambito socio-sanitario.

In merito alle criticità relative agli errori sulla gestione delle terapia farmacologica, già nel 2018 è stata formalizzata una istruzione specifica per la somministrazione dei farmaci LASA e nel 2019 si è concluso, in collaborazione con il CED ed il gruppo di lavoro dedicato, il progetto sulla informatizzazione del foglio unico di terapia (FUT) con la finalità appunto di ridurre ulteriormente la frequenza degli errori nella prescrizione e somministrazione della terapia, come da raccomandazione ministeriale

Nel 2018 infatti si sono organizzati gruppi di miglioramento, anche multidisciplinari, relativi alla gestione corretta della disfagia e del catetere vescicale (con la finalità in quest'ultimo caso di ridurre il numero dei campioni inquinati in rapporto alle urinocolture effettuate, con l'elaborazione di una check list dedicata.

Nel 2019 è stata prodotta una procedura per il controllo delle imbracature per le attività di movimentazione dei pazienti., al fine di tutelarne la sicurezza.

Entrambi i temi sono stati oggetto di seminari aziendali sul rischio clinico, negli anni indicati.

Per alcune di queste tematiche verranno costituiti dei gruppi di lavoro locali e interaziendali, con le stesse prerogative che si vogliono utilizzare per la gestione della terapia farmacologica.

Anche se vi è discrepanza tra il numero di segnalazioni, superiori nella struttura di Milano rispetto alle strutture di Vimodrone e Abbiategrasso, si evidenzia tuttavia una significativa adesione alla tematica nella struttura di Abbiategrasso.

La programmazione dell'attività di gestione del rischio clinico dovrà in ogni caso mirare ad una migliore omogeneità aziendale.

Nel 2018 e 2019 sono stati trattati nel corso di seminari aziendali i temi relativi agli aspetti legislativi sulla sicurezza in ambito socio-sanitario, alla deontologia medica e dell'infermiere, al rapporto tra etica, qualità delle cure e rischio clinico e alla responsabilità professionale (Legge Gelli). Per adattare e accrescere le competenze di coloro che rivestono il ruolo di referenti aziendali per la gestione del rischio clinico, occorre pensare anche ad una formazione specifica con figure professionali che si occupano di contenzioso (in genere professionisti specializzati che analizzano minuziosamente tutti i processi alla base dell'evento grave). In programma un eventuale corso ad hoc.

Nel 2020, causa pandemia da Covid 19, non è stato possibile organizzare il consueto seminario aziendale annuale sul tema, tuttavia dai dati raccolti con l'indagine recentemente condotta viene confermato il concetto che i rischi correlati al settore sociosanitario rientrano nel perimetro della quotidianità lavorativa, che contraddistingue la *mission* aziendale, e la loro enucleazione ci permette di ribadire l'impatto che hanno sull'ambiente lavorativo.

Da una analisi complessiva dei dati è possibile trarre alcune osservazioni conclusive:

➤ **SEZIONE 1 - STRUMENTI DI PROTEZIONE FISICA:** dai risultati aziendali si evince un alto ricorso alla contenzione fisica circa il 63,4%); tale risultato potrebbe scaturire da un elevato numero di ospiti con grave compromissione motoria e cognitiva, tuttavia si suggerisce un'attività formativa di reparto sul protocollo aziendale, con contestuale verifica dei risultati alla luce dell'impiego di forme alternative alla contenzione previste dal medesimo.

➤ **SEZIONE 2 - CADUTE:** dai risultati aziendali si evince un numero di cadute abbastanza importante (76), di cui 6 da classificare come evento sentinella con una prognosi ≥ 30 gg per il paziente, e per le quali solo in 2 casi è stata condotta un'indagine conoscitiva (audit) da parte degli operatori. Questi dati confermano che la gestione degli EVENTI SENTINELLA necessita di un approccio viscerale e metodologicamente corretto: in special modo sulla parte finale della procedura della gestione dell'evento sentinella, la quale prevede la compilazione di una duplice scheda (A e B) debitamente compilata da inviare al Ministero della Salute. La compilazione della scheda rappresenta una grande opportunità in termini di approccio metodologico, poiché all'interno della stessa vengono esaltati alcuni aspetti che inducono coloro che ne occupano, ad addentrarsi in profondità nelle motivazioni alla base dell'evento critico. Tale processo infatti mette in moto una serie di input votati allo studio di processi medico/assistenziali, linee guida, procedure e protocolli, ricerca di standard di riferimento, che vanno a costruire l'architrave dell'AUDIT; questi aspetti certamente migliorerebbero la qualità delle prestazioni con l'innalzamento delle *skills*. Per adattare e accrescere le competenze di coloro che rivestono il ruolo di referenti aziendali per la gestione del rischio clinico, occorre una formazione specifica da parte di chi si occupa di contenzioso (in genere professionisti specializzati che analizzano minuziosamente tutti i processi alla base.

➤ **SEZIONE 3 – VALUTAZIONE DEL DOLORE:** la valutazione del dolore non avviene secondo i criteri di appropriatezza stabiliti dalla normativa, la quale impone la verifica con strumenti validati sul totale degli Ospiti, sul 15,4% la verifica non viene effettuata da quanto dichiarato nella compilazione della *check list*; il ricorso alle terapie antidolorifiche appare coerente al contesto.

➤ **SEZIONE 4 – LESIONI DA PRESSIONE:** la valutazione del rischio decubiti avviene secondo i criteri di appropriatezza stabiliti dalla normativa; i degenti per i quali è stato identificato il rischio specifico hanno una prevalenza (67,7%) sul campione indagato. Dai risultati si evince un numero di lesioni significativo (60), di cui 39 classificate al I e II STADIO, 21 classificate al III e IV STADIO, 13 come ricadute della stessa lesione.

➤ **SEZIONE 5 – MALNUTRIZIONE:** la valutazione del rischio malnutrizione avviene secondo i criteri di appropriatezza stabiliti dalla normativa; i degenti per i quali è stato identificato il rischio specifico hanno una prevalenza totale sul campione indagato; dai risultati aziendali si evince un disallineamento delle indicazioni che prevedono la rilevazione del peso corporeo almeno mensilmente (82,3%), un numero di ospiti a rischio malnutrizione con MUST > 0 (137) e un numero considerevole (154) sottoposti a misure specifiche in relazione al rischio malnutrizione.

➤ **SEZIONE 6 – DISIDRATAZIONE:** la valutazione dello stato di idratazione avviene secondo i criteri di appropriatezza clinica; dai risultati aziendali si evince un numero importante di ospiti per i

quali occorre predisporre un piano di idratazione (151) e un numero di ospiti (109) sottoposti a misure specifiche in relazione al rischio disidratazione, che può essere considerato temporaneo a seguito di eventi clinici acuti o di supporto in condizioni di cronico inadeguato apporto idrico.

➤ **SEZIONE 7 – GESTIONE DELLA DISFAGIA:** la valutazione della disfagia avviene secondo i criteri di appropriatezza clinica, in cui il 9,1% degli ospiti viene sottoposto a controllo logopedico per rischio disfagia; dai risultati aziendali si evince un numero di segnalazioni importante (25) di ospiti vittime di *ab ingestis*.

➤ **SEZIONE 8 – ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA O AL SUO INTERNO:** a seguito della valutazione non vengono segnalati episodi di allontanamento all'esterno della struttura contro 3 casi al suo interno. Dai risultati aziendali si nota che il rischio specifico necessita di misure correttive solide al fine di un abbattimento sensibile di eventi potenzialmente in grado di produrre danni gravi all'ospite.

➤ **SEZIONE 9 – TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE:** nonostante la valutazione della modalità più appropriata per la movimentazione degli ospiti, vengono segnalati un certo numero di traumi ad essa correlata (7); il danno derivante dal rischio appare contenuto e di conseguenza monitorato nel tempo, soprattutto attraverso le valutazioni periodiche da parte del terapeuta della riabilitazione.

➤ **SEZIONE 10 – ABUSI E MALPRATICHE ASSISTENZIALI SUI SOGGETTI ANZIANI:** la delicatezza della tematica congiuntamente alla poca penetrazione formativa, hanno determinato l'assenza di segnalazioni nell'ambito dell'indagine. Relativamente al discorso malpratiche assistenziali, i dati segnalati appaiono poco coerenti rispetto alla realtà che caratterizza i contesti RSA, dovuto probabilmente alla situazione pandemica che ci ha costretto a lavorare senza la possibilità a familiari e congiunti di aver accesso alle nostre strutture.

➤ **SEZIONE 11 – SEZIONE ALZHEIMER:** nonostante non siano pervenuti i dati da parte di tutte le strutture aziendali, a seguito della valutazione vengono segnalati criticità relative allo sviluppo di ipomobilità degli ospiti, sarebbe utile approfondire questo aspetto se sia dovuto al delicato periodo di pandemia oppure ad un incremento del ricorso a terapie psicotrope, e a mezzi di protezione fisica.

La descrizione delle segnalazioni ha determinato, per l'anno 2020, un orientamento specifico in termini di formazione aziendale. La questione degli errori sulla gestione della terapia farmacologica avvierà percorsi formativi "ad hoc" sulle prerogative della condotta infermieristica, attraverso la costituzione di gruppi di miglioramento, che alterneranno momenti di formazione teorica sulla deontologia e sull'aderenza al profilo professionale, a momenti di formazione sul campo attraverso step osservazionali in tutte le unità operative aziendali.

L'orientamento formativo dovrebbe sconfinare anche verso altri ambiti quali la gestione/prevenzione delle cadute, i danni da contenzione fisica, gli abusi e le malpratiche assistenziali sui soggetti anziani, i traumi da movimentazione e la gestione della disfagia, le infezioni correlati all'assistenza, la malnutrizione e la disidratazione. Per alcune di queste tematiche verranno costituiti dei gruppi di lavoro locali e interaziendali, con le stesse prerogative che verranno utilizzate per la gestione della terapia farmacologica.

L'avvio dell'indagine sulla malnutrizione è basato sulla rilevazione di alcuni parametri relativi alla sfera nutrizionale, il cui intento è quello di ottenere una fotografia dello stato nutrizionale dei pazienti ricoverati in regime di RSA e degli eventuali interventi attuati sugli ospiti a rischio di malnutrizione, francamente malnutriti o con diverse problematiche nutrizionali. L'indagine si propone di acquisire informazioni preziose sui pazienti nel periodo post pandemico, e di come questi

sono stati riconsegnati alla sfera quotidiana nel periodo attuale. La fotografia del momento verrà associata ad un successivo lavoro, per il quale è stata richiesta la collaborazione della Dietista. Il programma 2021 del piano di diffusione procedure e protocolli, potrebbe rivelarsi un'ulteriore occasione per ottenere collateralmente un buon livello di penetrazione della tematica nella nostra organizzazione.

A tal riguardo si ritiene che la questione relativa alla gestione degli errori in struttura, abbia negli ultimi anni compiuto dei notevoli progressi sia in termini di approccio culturale, sia in combinazione a percorsi formativi specifici (vedi gruppi di miglioramenti nell'ottica della formazione sul campo e seminario annuali giunto alla quarta edizione), che hanno trovato nelle 3 strutture aziendali grande entusiasmo e adesione, per una tematica ormai divenuta patrimonio dell'Azienda, il cui lavoro svolto è stato da più parti e riconosciuto anche da esperti del settore.

Tuttavia il controllo dei danni potenziali deve partire dal concetto di elusione o eliminazione del rischio, finalizzato all'eliminazione delle operazioni sottostanti o la sostituzione con operazioni diverse.

La prevenzione si concretizza attraverso l'adozione di misure finalizzate a ridurre la probabilità del verificarsi di eventi atti a produrre danni anche seri che, oltre a intaccare il concetto di salute, costituiscono anche un problema di gestione del contenzioso.

Il controllo del danno potenziale sottintende la messa in atto di condizioni tali da attutire le conseguenze dannose una volta che l'evento si sia verificato.

Onde attivare delle serie politiche di gestione del rischio clinico, concetti quali identificazione, analisi, controllo e monitoraggio, devono integrarsi intimamente ad un discorso più ampio di *Total Quality Management*.

CONTRIBUTO PERSONALE

Giorgio Previderè, Direttore Medico dell'Istituto Camillo Golgi di Abbiategrasso

Inquadramento dell'argomento con una presentazione di carattere generale e poi mirata nell'ambito delle RSA, con una ulteriore contestualizzazione nella realtà dell'ASP Golgi Redaelli.

Presentazione dei tre Istituti con relativi numeri e Unità di Offerta.

Evoluzione della gestione in Azienda del rischio clinico con la progressiva crescita sul piano culturale, organizzativo e progettuale.

Analisi retrospettiva degli Incident Reporting relativi agli anni 2018 e 2019, con confronto dei dati a livello quantitativo e qualitativo dei rischi correlati al sistema socio-sanitario (tipologia, IPR, elementi triggering legati al paziente, al personale e al sistema) e loro interpretazione.

CONTRIBUTO PERSONALE

Gianluca Mirra, Direttore Struttura Semplice Servizi Diurni e Territoriali

Analisi retrospettiva dei dati dell'Indagine conoscitiva quali-quantitativa sui rischi correlati al settore socio-sanitario relativa all'anno 2020 durante la pandemia da Covid 19, condotta nei tre istituti dell'Azienda e loro interpretazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI

D.P.R. 14/01/1997.

L. 24/2017 – Legge Gelli.

D.G.R. 1765/2014 «il sistema dei controlli in ambito socio-sanitario: definizione dei criteri di appropriatezza».

BIBLIOGRAFIA

Della Croce F., *Il Governo Clinico e le Residenze per anziani*, «I Luoghi della Cura», n. 1/2015.

Coccaro P., atti del seminario «*Gestione del rischio clinico in ambito socio-sanitario*» - IV EDIZIONE, Abbiategrosso 26/11/2019.

Coccaro e Giorgio, tesi sperimentale sul risk management, laurea magistrale, Università del Piemonte Orientale, 2019.

Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III: *Analisi e Condivisione delle esperienze di Governo Clinico*, Roma, 2020.

SITOGRAFIA

Sito aziendale dell'ASP Golgi Redaelli: <https://www.golgiredaelli.it/>

Linee Guida e Raccomandazioni del Ministero:

<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/lineeguida>

Monitoraggio eventi sentinella:

<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure/eventisentinella>