



ISTITUTI OSPEDALIERI
BERGAMASCHI

Relazione

ai sensi L. n. 24/2017 art. 2 comma 5

ANNO 2017



ISTITUTI OSPEDALIERI
BERGAMASCHI

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	3
GESTIONE DEL RISCHIO.....	4
SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING.....	5
EVENTI SENTINELLA	6
FARMACOVIGILANZA	6
SEPSI – COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE.....	7
RECLAMI	8
FORMAZIONE.....	8
PIANO DI MIGLIORAMENTO.....	9

INTRODUZIONE

Istituti Ospedalieri Bergamaschi srl nasce il 1 luglio 2010 dalla fusione tra il Policlinico San Marco di Zingonia e il Policlinico San Pietro di Ponte San Pietro. Ne fanno parte anche i poliambulatori esterni “Centro Diagnostico di Treviglio” e “Smart Clinic” di Orio al Serio, Stezzano e Cantù.

Nel Policlinico **San Marco**, uno dei due presidi ospedalieri maggiori, dal 2012 è in atto un importante intervento edilizio che prevede sia la ristrutturazione dei fabbricati già esistenti sia la costruzione di nuove strutture. Svolge oggi, anche per la sua collocazione geografica strategica al confine tra la Bassa Bergamasca e l’area sud-est della provincia milanese, le funzioni di un moderno ospedale polispecialistico, convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale e dotato di Pronto Soccorso. Accessibilità, presenza di tutte le specialità mediche, strumenti di ultima generazione, formazione periodica di medici e personale infermieristico, lo rendono un centro di riferimento non solo a livello provinciale, ma anche regionale in diversi ambiti di cura.

L’altro presidio ospedaliero maggiore, il Policlinico **San Pietro** è dal 1963, anno della nascita, l’ospedale di riferimento per il territorio della zona occidentale della provincia di Bergamo, in particolare per le zone dell’Isola Bergamasca e della Valle Imagna. Anche questo ospedale è interessato da un radicale intervento edilizio di ristrutturazione dei fabbricati esistenti e della costruzione di nuovi edifici a completamento della struttura. Si presenta come un moderno ed efficiente ospedale, convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e dotato di Pronto Soccorso D.E.A.

Il **Centro Diagnostico di Treviglio** è situato a Treviglio (Bg). La struttura comprende due piani operativi, per una superficie totale di oltre 750 mq. Al piano terra si trovano uffici amministrativi e accettazione, insieme ad un’ala dedicata alla Radiologia. Completano il tutto vari ambulatori e studi medici, con relative sale d’attesa.

Smart Clinic, innovative strutture sanitarie situate all’interno di centri commerciali, nascono per offrire un servizio sanitario di alta qualità che sappia adattarsi alle esigenze di prevenzione e cura dei cittadini in modo agile, facilmente accessibile, pratico, alla portata di tutti, in una parola “smart”.

Servizi sanitari ad alta tecnologia, un’area di diagnostica per immagini con risonanza magnetica, radiologia tradizionale, ecografia e ortopantomografia, una palestra per la fisioterapia e box per la terapia fisica.

Accanto alle specialità mediche “tradizionali” e alla diagnostica per immagini, sono disponibili prestazioni al confine tra l’ambito medico puro e tutto ciò che concerne il “medical wellness”, fino a corsi di rieducazione motoria individuale o a gruppi. Sono attive le Smart Clinic di:

- Stezzano (BG) - Centro Commerciale “ Le 2 Torri”
- Orio al Serio (BG) - Oriocenter
- Cantù (CO) Centro - Commerciale Cantù 2000

Inserito nella rete della sanità bergamasca, negli ultimi anni Istituti Ospedalieri Bergamaschi srl è stato scelto da sempre più pazienti provenienti da altre città e regioni italiane, in virtù dell’alta specializzazione raggiunta in alcuni ambiti, come la Procreazione Medicalmente Assistita, l’Ortopedia e la cura dell’Obesità. In quest’ultimo ambito, in particolare, la presenza dell’Istituto Nazionale di Cura dell’Obesità (INCO) e dell’European Centre for Obesity Surgery (ECOS), del Centro per i Disturbi dell’Alimentazione e dell’unità di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, offre al paziente la sicurezza di poter essere seguito passo dopo passo, in un percorso terapeutico personalizzato, multidisciplinare, d’eccellenza e completo.

La Mission di Istituti Ospedalieri Bergamaschi è sintetizzata in tre obiettivi fondamentali:

1. umanizzazione dell’assistenza,
2. efficacia delle cure,
3. efficienza della gestione.

GESTIONE DEL RISCHIO

Con la nuova Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli), entrata in vigore dal 1 aprile 2017, “la sicurezza delle cure” è considerata parte costitutiva del Diritto alla Salute.

L’art.1 comma 2 della suddetta Legge precisa che: “la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”.

Si rafforza ancora di più la convinzione, che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio (risk-management), rappresenti un interesse primario che concorre, insieme ad altri fattori, ad assicurare il rispetto del principio della sicurezza delle cure.

La rilevanza di una corretta gestione del rischio sanitario è correlata anche, nell’obbligo da parte di ogni Regione (art. 4 comma 1) di istituire il “Centro per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”, che raccoglie dalle strutture stesse i dati regionali sui rischi, eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all’Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all’art.3 della citata Legge.

L’Ospedale è un’organizzazione ad alta complessità e ad elevato profilo di rischio. Su questa base la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente sono obiettivi prioritari del Management degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi. La sicurezza a 360° è una dimensione della qualità dell’organizzazione che garantisce, attraverso l’identificazione, l’analisi e la gestione dei rischi connessi all’erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l’implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni.

Per il perseguimento di tale obiettivo è istituita la funzione di risk management con i compiti di aumentare la sicurezza; migliorare l’outcome; favorire un uso appropriato delle risorse. Le attività sono descritte dettagliatamente nella procedura Risk Management (Gestione del Rischio).

La gestione del rischio è efficace in misura proporzionale alla sua integrazione a tutti i livelli dell’organizzazione e alla promozione di una cultura organizzativa sensibile al tema. È inoltre fondamentale un cambiamento culturale che veda nell’errore in sanità un’opportunità straordinaria di apprendimento e di miglioramento. Questo è l’impegno dell’alta Direzione degli IOB.

La gestione del Rischio Clinico è stata affidata al Sovrintendente Sanitario degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi, il quale coordina il Comitato Rischio Clinico che ha la funzione di garantire l’implementazione ed il mantenimento del sistema aziendale di gestione del rischio clinico con responsabilità sia di ordine strategico sia di risposta ai singoli problemi quotidiani registrati.

Il Comitato Rischio Clinico nel suo complesso ha la responsabilità di definire gli strumenti necessari per le attività di monitoraggio (sistemi di registrazione delle segnalazioni, set comune di indicatori), l’individuazione e gestione delle azioni correttive (es.: modalità di gestione degli eventi sentinella) e i piani di miglioramento. (es.: definizione priorità).

SISTEMA AZIENDALE DI INCIDENT REPORTING

Il Sistema di Gestione del Rischio (Risk Management) ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio clinico. In particolare è disponibile un sistema di incident reporting ed ha altresì attivato il programma per il monitoraggio degli eventi sentinella promosso dal Ministero della Salute.

È attivo un sistema informatizzato di incident reporting per la raccolta strutturata delle segnalazioni di errore/evento avverso da parte degli operatori.

L'incident reporting consente di disporre di una raccolta dati che fornisce la base di analisi per la predisposizione e l'implementazione di azioni correttive e di miglioramento che prevengano il verificarsi in futuro dell'evento avverso o dell'errore. Per questa ragione i sistemi di reporting sono metodi di gestione del rischio clinico che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti.

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

Il fattore critico di successo di questo sistema è rappresentato dalla diffusione in azienda di una cultura no blame: l'incident reporting deve avere una base confidenziale, non punitiva e volontaria.

Attraverso il sistema aziendale di incident reporting ogni operatore sanitario e non sanitario può segnalare un errore, un evento avverso o un near miss, ovvero un accadimento che aveva la potenzialità di arrecare un danno che non si è prodotto per un caso fortuito o perché sono entrate in funzione le barriere specificatamente predisposte.

Gli Istituti Ospedalieri Bergamaschi hanno in funzione una piattaforma informatica per la segnalazione dell'errore e per la successiva analisi ed elaborazione di dati statistici.

La scheda di segnalazione, permette di evidenziare le criticità e i fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

Si riporta di seguito la scheda informatizzata di segnalazione.

Ogni segnalazione è analizzata e processata dal Responsabile del Rischio Clinico che, se necessario, richiede l'intervento del Risk Manager Aziendale. Delle azioni correttive e di miglioramento implementate viene data evidenza al Responsabile del Rischio Clinico per la condivisione con l'Unità Gestione Rischi (UGR).

EVENTI SENTINELLA

Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”. In tale ambito il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un’importante azione per raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità e potenzialmente evitabili. La definizione e la tipologia degli eventi sentinella sono funzionali agli obiettivi e alle esigenze della organizzazione che li adotta.

Nell’eventualità di un evento avverso, la Direzione aziendale, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, effettua la segnalazione dell’evento sentinella.

Gli Istituti Ospedalieri Bergamaschi hanno aderito al flusso informativo attivato dal Ministero della Salute nel 2009 con la pubblicazione del Protocollo per il Monitoraggio degli eventi Sentinella riconoscendo nel sistema un’opportunità di miglioramento e di apprendimento.

Nell’anno 2017 non si sono registrati eventi avversi e/o mancati incidenti in entrambe le strutture.

FARMACOVIGILANZA

IOB ha implementato un sistema di gestione dei farmaci che attraverso un insieme di attività finalizzate all’identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all’uso dei medicinali, assicura un rapporto beneficio/rischio favorevole per i propri pazienti.

Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa, sono:

- prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all’uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all’esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l’uso improprio e l’abuso.
- promuovere l’uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali.

Le procedure implementate nella gestione delle attività dei vari servizi e UO sono state tutte concepite per la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato, dimesso, trasferito tra reparti dello stesso ospedale, ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera (territoriale). Tutte le procedure forniscono, in base alla peculiarità dell’UO afferente, le indicazioni necessarie ad effettuare la Riconciliazione farmacologica. Le informazioni riguardano gli operatori sanitari coinvolti, i tempi di esecuzione del processo, le informazioni da richiedere. Le procedure individuano una prima fase (Riconoscimento) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti. Una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare garantendo così un controllo costante sul processo.

Una attenzione particolare viene posta alla prevenzione degli errori legati ai farmaci “Look-Alike/Sound-Alike” (LASA). Questi farmaci sono pericolosi perché possono essere scambiati con altri per somiglianza grafica e per l’aspetto delle confezioni. Il servizio di farmacia definisce, per ogni categoria di farmaci, i rischi nelle fasi di conservazione, prescrizione, manipolazione e somministrazione e le conseguenti precauzioni che devono essere adottate dagli operatori.

Relativamente al corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCL) il Servizio di Farmacia ha il compito di offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono



causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti. L'obiettivo è di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per ridurre gli errori. Le soluzioni concentrate sono chiaramente identificate sul Prontuario Farmaceutico Interno con l'apposita nota *"Attenzione soluzione concentrata: diluire prima dell'uso"*. L'attività è quella di regolamentare la gestione e la diffusione di soluzioni di elettroliti concentrati in modo da ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale derivante dall'uso improprio di tali soluzioni, garantendo nel contempo la tempestiva disponibilità del farmaco in caso di bisogno.

Sono ben definite le modalità operative per un corretto utilizzo del sangue e degli Emocomponenti, e dell'identificazione delle figure responsabili. Nei nostri ospedali il problema della sicurezza riguarda il prelievo per la determinazione del gruppo, la certezza di trasfondere la sacca destinata a quel paziente, l'osservazione delle reazioni cliniche durante e dopo la trasfusione. Nelle procedure implementate di "GESTIONE DEGLI EMODERIVATI" sono riportate le misure atte a ridurre al minimo il rischio trasfusionale. I vari momenti che caratterizzano tale processo sono ben delineati e soprattutto il controllo delle varie fasi è chiaramente descritto al fine di garantire la sicurezza della trasfusione.

Attivo e proficuo il lavoro del Comitato Buon Uso del Sangue (CBUS) che svolge un'attività di verifica e controllo del corretto andamento del Servizio. Importante è la collaborazione con il Centro Trasfusionale dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo che partecipa attivamente alle riunioni del COBUS dando preziose indicazioni per il miglioramento dell'efficienza.

SEPSI – COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE

Le Infezioni Ospedaliere (IO) costituiscono un risultato non desiderato dal malato, dall'operatore a cui viene attribuita la responsabilità e dall'amministrazione. Sono considerate un indicatore di qualità in quanto il loro manifestarsi sta ad indicare che qualcosa nelle procedure assistenziali ha bisogno di essere rivisto. L'adozione di specifiche pratiche assistenziali, di comportamenti professionali ed assetti organizzativi strutturali consentono di prevenire le Infezioni Ospedaliere. A tale scopo tutto il personale nelle varie unità operative viene continuamente informato e formato in merito ai risultati ottenibili e ottenuti, alla riflessione metodologica e alla verifica della congruenza delle azioni intraprese. Gli indicatori di Infezioni Ospedaliere hanno un diverso valore di segnale in relazione alle molteplici difformità che caratterizzano ciascun ospedale rispetto agli altri o addirittura ciascuna unità operativa nell'ambito dello stesso ospedale. Contenere e ridurre le Infezioni Ospedaliere significa migliorare la qualità dei servizi erogati. È costituito un Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) che ha elaborato un programma di sorveglianza, di prevenzione e di controllo delle Infezioni Ospedaliere. L'obiettivo del CIO è quello di ridurre il rischio di acquisire e di trasmettere le infezioni tra i pazienti, medici, infermieri, volontari, studenti ed altri dipendenti. Perseguendo la filosofia della ricerca del miglioramento continuo il CIO si muove trasversalmente all'organizzazione sanitaria nei seguenti ambiti funzionale:

- Sorveglianza epidemiologica
 - Studi epidemiologici di sorveglianza (prevalenza e incidenza) al fine di stimare le dimensioni del problema (studi locali e partecipazione a studi multicentrici nazionali).
 - Sorveglianza microbiologica integrata continua a partenza dei dati di laboratorio (controllo alert organism).
 - Gestione degli eventi epidemici.
 - Studi epidemiologici relativi alle lesioni da pressione.
- Prevenzione
 - Individuazione di fattori di rischio infettivo e implementazione di misure di riconosciuta efficacia per la prevenzione
 - elaborazione di specifiche tecniche rispondenti a requisiti igienico-preventivi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, attrezzature etc).
 - Costituzione di gruppi di lavoro-progetto per l'elaborazione di protocolli, procedure, raccomandazioni e linee guida interne in tema di prevenzione delle IO.
 - Piano di audit sull'adesione ai protocolli-procedure e manuali.

- Formazione
 - Formazione di base per infermieri e per il personale di supporto.

RECLAMI

I reclami vengono registrati e monitorati dagli Uffici Relazioni con il Pubblico. Nel corso degli anni non vi sono state segnalazioni relative a problematiche relative alla sicurezza del paziente ma prevalentemente riguardante problematiche relazionali e tempi d'attesa.

Le azioni intraprese dall'URP nella gestione dei reclami e nella raccolta e analisi dei dati derivanti dallo studio della soddisfazione del cliente/utente per permettere un miglioramento continuo nella sua soddisfazione sono in linea con la normativa nazionale e regionale e con le procedure implementate nei sistemi di gestione della qualità di entrambi i presidi.

Di seguito la disamina per Presidio Ospedaliero dei dati riguardanti l'attività svolta dall'URP nell'anno 2018

Nell'anno 2017 sono stati raccolti numero **63 reclami**. Tutti sono stati risolti in un tempo medio minore di **3 giorni** registrando il **100% di soddisfazione dell'utenza**

FORMAZIONE

La formazione dei propri lavoratori è tra gli obiettivi fondamentali della direzione degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi, che dedica risorse economiche ed umane a tale attività.

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi all'attività di formazione erogata nel corso dell'anno 2017:

Titolo

- 1 *ABCDEF Bundle come implementarli e perché*
- 2 *Aggiornamento in medicina interna e oncologia*
- 3 *Attualità in neoplasia della mammella metastatica*
- 4 *Basic life support and defibrillation*
- 5 *Convegno gastroenterologico – epatologico “A LA CARTE”*
- 6 *Corrette modalità di prelievo dei campioni biologici da inviare in microbiologia*
- 7 *Corsi di aggiornamento laboratorio analisi 2017*
- 8 *Corso aggiornamento per addetto antincendio in attività a rischio elevato*
- 9 *Corso aggiornamento per addetto antincendio in attività a rischio elevato 2017*
- 10 *Corso di formazione sulla sicurezza sui luoghi di lavoro*
- 11 *Corso di formazione sulla sicurezza sui luoghi di lavoro (Modulo sicurezza generale + Modulo sicurezza specifica basso rischio)*
- 12 *Corso di formazione sulla sicurezza sui luoghi di lavoro (Modulo sicurezza specifica rischio elevato)*
- 13 *Corso: approfondimento diagnostico e terapeutico delle fratture di bacino*
- 14 *Endometriosi e dolore pelvico*
- 15 *Il lavoro di equipe e la gestione relazionale del paziente/parente*
- 16 *La gestione dell'ictus ischemico acuto: aggiornamenti a 15 anni dall'introduzione della trombolisi venosa sistemica*
- 17 *La gestione della relazione paziente/parente in terapia intensiva*
- 18 *La prescrizione e la somministrazione dei farmaci e delle emotrasfusioni: responsabilità giuridica e deontologica della professione infermieristica/ostetrica*



ISTITUTI OSPEDALIERI
BERGAMASCHI

- 19 *Le infezioni da germi MDR nelle terapie intensive italiane: epidemiologia, mortalità, prevenzione, nuove frontiere terapeutiche*
- 20 *L'emergenza clinica in reparto: carrello delle urgenze, contenuto e utilizzo*
- 21 *L'infermiere e il paziente in CPAP*
- 22 *L'infermiere nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione*
- 23 *Molte cure sotto lo stesso cielo. Si fa presto a dire integrazione*
- 24 *Nuove tecniche di gestione degli accessi vascolari - la nefrologia palliativa*
- 25 *Rapporto radiologico*
- 26 *Rianimazione neonatale*
- 27 *Ruolo e responsabilità dell'operatore sanitario (BLS)*
- 28 *San Marco. Anestesia 2017*
- 29 *Terapia antidiabetica dalla degenza alla dimissione: la riconciliazione terapeutica ospedale - territorio*
- 30 *Tumore della prostata: attualità e nuove prospettive*
- 31 *Update in medicina fetale: lo screening precoce per anomalie cromosomiche e fetali*
- 32 *Ventilazione assistita con C-PAP, strumenti e metodi per l'infermiere*

PIANO DI MIGLIORAMENTO

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento continuo dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, gli IOB hanno elaborato un piano di miglioramento per l'anno 2018:

- Calendario annuale audit e verifiche di processo
- Follow up su azioni correttive e di miglioramento già programmate
- Monitoraggio corretta gestione dei farmaci ad alto rischio
- Monitoraggio delle cadute dei pazienti in ambiente ospedaliero
- Aggiornamento delle procedure riguardanti i processi critici
- Pubblicazione sul portale intranet degli aggiornamenti normativi

Zingonia 12 luglio 2018

Istituti Ospedalieri Bergamaschi s.r.l

Il Risk Manager

Dott. Alessandro Di Filippo