

## RELAZIONE ANNUALE SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, COMPRESO QUELLO DA ICA PER L'ANNO 2023

ICLAS Srl è un'Azienda afferente al Gruppo Villa Maria (GVM Care & Research), accreditata dal SSN per tutte le 'principali specialità mediche. Tuttavia il "Core Business" di ICLAS, in relazione alla Convezione con la Regione Liguria nel cui ambito opera a Rapallo, nel territorio della ASL 4, è essenzialmente formato dall'attività di Cardiochirurgia, con annessa Rianimazione, e dalla Cardiologia ed Emodinamica. Le attività di cui sopra dispongono di un budget annuale definito e concordato dalla Regione Liguria, unitamente alle complicanze di tipo macroangiopatiche del diabete, con o senza ulcere del piede, e sono quindi erogate per conto del SSN.

Le prestazioni di ortopedia, chirurgia generale, medicina generale sono erogate gratuitamente per conto del SSN in favore di cittadini non residenti in Regione Liguria. Tutte le prestazioni specialistiche sono in regime di ricovero, o diurno o ordinario. Non vengono svolte attività ambulatoriali se non in regime privatistico dai singoli specialisti.

L'organizzazione che ICLAS si è data per il controllo della Gestione del Rischio Clinico è la seguente:

1. Tutti i Responsabili di Unità Operativa e di Dipartimento, unitamente alle Coordinatrici Infermieristiche, fanno parte della Commissione Interna sulla Gestione del Rischio Clinico e sono stati sensibilizzati a diffonderne la cultura presso i loro collaboratori
2. La Commissione ha nominato al Suo interno l'Unità per la Gestione del Rischio, composta da cinque Operatori, tra cui un Coordinatore. Gli altri componenti sono rappresentati dal Responsabile della Qualità ed Accreditamento, da un rappresentante della Terapia Intensiva, da un rappresentante Infermieristico esperto e dal Direttore Sanitario di ICLAS. L'UGR si riunisce regolarmente ogni 4 mesi.
3. Gli eventi configurabili come rischio clinico (o near miss) vengono riportati alla UGR dal Personale attraverso i moduli di Incident Reporting, che vengono valutati dalla UGR in occasione delle riunioni. In media giungono all'UGR circa 50 Incident Reporting all'anno, in maggioranza relativi a piccoli incidenti correlati a cadute dei pazienti nei Reparti; tuttavia si sono anche registrati

importanti “Near Miss” relativamente all’uso di farmaci, e, alcuni anni fa, un grave incidente di terapia trasfusionale

4. In presenza di eventi ripetuti o di eventi di maggiore gravità o di rilevanza per l’attività dell’ospedale l’UGR può attivare i seguenti strumenti:
  - a. Un’analisi approfondita del o degli eventi secondo la tecnica della ROOT CAUSE ANALYSIS
  - b. Una discussione in plenaria su un’eventuale serie di eventi ripetuti, secondo la tecnica dell’AUDIT CLINICO
  - c. Può decidere autonomamente di esplorare le eventuali mancanze o omissioni delle procedure, identificandone una di forte impatto, e nominare una commissione che svolga una FMEA. Tutti questi strumenti sono finalizzati a introdurre eventuali azioni correttive e modifiche alle procedure in atto.

Dal 2015 sono state messe in atto:

1. 3 ROOT CAUSE ANALYSIS (una sulle cadute dei pazienti nei reparti, una sulle infezioni e successivi reinterventi sulle ferite sternali, una, infine, sulle procedure di terapia trasfusionale)
2. FMEA proprio sulla revisione puntuale delle procedure trasfusionali, svolta in collaborazione con il CTO del Policlinico IRCCS San Martino di Genova
3. 4 Audit clinici: uno sulla prevenzione degli pneumotoraci postoperatori, uno sulla valutazione delle cause di sanguinamento post operatorio, due su casi clinici complessi

L’UGR ha anche rivisto e modificato la procedura di valutazione dell’HEART TEAM, strumento indispensabile per la definizione di indice di rischio del paziente proposto per intervento chirurgico maggiore. Oggi l’HT, che viene ovviamente preceduto da una valutazione clinica obiettiva preliminare svolta da specialisti e corredata da esami laboratoristici e di imaging, è un momento di discussione non solo dei quattro rappresentanti obbligatori alla definizione del percorso del paziente (Cardiochirurgo, Cardiologo clinico ed interventistico, Rianimatore e Direzione Sanitaria in qualità di garante del processo), ma si avvale anche della presenza di altri specialisti consulenti (Nefrologo, Diabetologo, Infettivologo, Internista), che possono risultare un valore aggiunto nella definizione puntuale del paziente.

Contestualmente alla creazione dell'UGR, la Direzione e la Commissione dei Clinici, ha istituito anche un gruppo, denominato CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), il cui compito è appunto quello di combattere le infezioni correlate all'assistenza (ICA). Di tale organismo si tratterà più a lungo e diffusamente nella seconda parte di questa relazione

Attualmente la struttura è così articolata:

Unità Operative	Posti letto degenza	Ricovero diurno	Totale
Piano Terra – Ortopedia – Chirurgia Generale	21	La maggior parte dei ricoveri ortopedici in questo piano sono ricoveri di un giorno	21
1° Piano – Cardiologia – Ortopedia – Chirurgia Generale	20	La maggior parte dei ricoveri ortopedici in questo piano sono di un solo giorno. La chirurgia generale frequentemente utilizza un solo giorno più la notte successiva	20
2° Piano - Cardiochirurgia	18		18
3° Piano – Terapia Intensiva	10 + box infetti	5 PPLL sono utilizzati come subintensiva	11

L'attività clinica di ICLAS nel corso del 2023 è sintetizzata nella tabella seguente:



ICLAS fatturato 2023\_12 Dig e degenza

CCR	codi reparto	dig	Dati	MESE												Totale complessivo
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ACCR	CARD		Conteggio di dig	10	19	24	24	16	24	25	13	16	24	22	19	236
			Somma di degenza	23	70	65	39	44	70	62	37	43	88	70	53	684
	OCH		Conteggio di dig	38	45	64	58	58	43	51	46	61	52	47	45	610
			Somma di degenza	381	509	769	579	650	561	574	637	662	524	615	658	7180
	CHIR GEN		Conteggio di dig	33	62	55	64	57	60	48		56	79	71	26	631
			Somma di degenza	141	151	153	179	159	136	126		150	208	188	71	1662
	GRAVI OE		Conteggio di dig	6	9	11		10	10	6						52
			Somma di degenza	30	45	55		50	50	30						260
	GUICH CARD		Conteggio di dig	3	3	6	1	6	5	2	1	3	4	4		38
			Somma di degenza	9	8	19	3	18	16	6	2	10	13	12		116
	GUICH OCH		Conteggio di dig			3	2	2		1		2		1		11
			Somma di degenza			37	40	30		8		19		10		144
	MED		Conteggio di dig	1	1											2
			Somma di degenza	3	4											7
	ORTOP		Conteggio di dig	69	84	85	57	80	98	71	16	81	98	100	81	520
			Somma di degenza	84	101	103	65	91	107	80	16	101	117	138	106	1100
	PIEDE		Conteggio di dig		3			1								4
			Somma di degenza		26			3								29
ACCR Conteggio di dig				180	230	248	198	230	246	204	76	219	257	245	171	2504
ACCR Somma di degenza				671	914	1201	925	1045	940	886	752	985	1033	889		11191
	PAG		Conteggio di dig	7	5	10	4	5	4	6	15	1	5	13	9	86
			Somma di degenza	25	38	39	20	5	14	22	103	2	18	47	50	383
	FC		Conteggio di dig	8	4	6	10	8	6	5	6	5	6	1	4	64
			Somma di degenza	8	34	34	70	73	61	78	31	143	39	22	28	621
Conteggio di dig totale				130	243	264	212	241	256	215	97	225	268	259	184	2654
Somma di degenza totale				704	986	1274	1015	1128	1015	986	886	1130	1007	1102	967	12195

Per quanto riguarda la formulazione di Incident Reporting da parte degli operatori, nel corso del 2023 sono giunti a questa UGR 22 moduli compilati.

16 segnalazioni riguardano cadute o piccoli traumi accidentali a pazienti degenti, tutti risolti senza necessità di ulteriori indagini o intervento specialistico. La maggior parte di queste segnalazioni riferiscono di scivolamenti a terra scendendo da letto o nella stanza da bagno. In nessun caso vi è stata perdita di coscienza. Un report, il primo del 2024, è invece giunto dal laboratorio, che segnalava errori di preparazioni delle etichette dei prelievi per gli esami ematochimici.

L'UGR ha verbalizzato, in occasione di una sua riunione, la raccomandazione di valutare l'opportunità di utilizzo di sistemi antiscivolo ai piedi del letto, ed inoltre quella di non somministrare, per quanto possibile, farmaci diuretici nelle ore notturne.

I sei Reports che non riguardavano cadute sono stati compilati tutti nella stessa data (11 giugno 2023) e riguardano la carenza di personale infermieristico in Terapia Intensiva, con dichiarata difficoltà a seguire adeguatamente pazienti ad alto rischio, in almeno due casi anche con infezioni in atto. Tuttavia tale stato non ha provocato alcun evento o near miss e nessun degente ha subito stati di peggioramento o di problematiche aggiuntive alla propria patologia.

Come citato in precedenza, la Direzione e la Commissione hanno anche istituito un organismo deputato alla lotta contro led infezioni correlate all'assistenza. Si è così formulato il CIO – Comitato Infezioni Ospedaliere, i cui componenti fissi sono:

1. Un Coordinatore internista
2. Il Consulente Infettivologo
3. L'Infermiera coordinatrice delegata al controllo delle ICA, dopo opportuna formazione
4. Il/La Responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva
5. La Responsabile del Laboratorio di Microbiologia
6. La Coordinatrice del Servizio Infermieristico
7. Il Direttore Sanitario di ICLAS

Alle riunioni periodiche del CIO (trimestrali) sono invitati formalmente a partecipare come uditori attivi anche tutti i Responsabili di UO e dei Dipartimento, e le Coordinatrici Infermieristiche

Il CIO ha articolato la sua attività su diversi piani:

1. Prevenzione:

- a. Si è deciso di far eseguire alcuni esami microbiologici (Emo ed Urinocolture) in modo periodico ad una serie limitata di pazienti randomizzati per numero di letto (Sorveglianza attiva)
- b. Tutti i pazienti in ingresso candidati ad intervento chirurgico eseguono preliminarmente i seguenti controlli:
  - Tampone rettale per la ricerca di enterococchi carbapenemasi produttori o VRE, che viene ripetuto ogni sette giorni (tutti)
  - Tampone nasale (in occasione della visita preliminare) per la ricerca dello Stafilococco Aureus (solo per pazienti candidati a intervento cardiocirurgico)

- Prelievo di campione di urina con metodica sterile per urinocoltura per i pazienti candidati a intervento cardiocirurgico
- Tampone orofaringeo e/o nasale per la ricerca dell'antigene del COV2 (tutti)
- 

## 2. Formazione:

- a. Ogni anno si tiene all'interno della Struttura un Corso per il corretto lavaggio delle mani e per l'uso adeguato dei DPI.
- b. Le Coordinatrici dei vari Piani sono tenute a ribadire più volte ogni giorno l'importanza del lavaggio delle mani
- c. Sono stati formulati dei Leaflets destinati ai degenti ed ai loro familiari sul lavaggio delle mani e sull'uso dei DPI obbligatori. Parte di tali leaflets sono stati anche plastificati e posti all'ingresso di ogni camera di degenza

## 3. Controllo:

- a. Il CIO ha formato e formalizzato un gruppo di controllo composto dalla Coordinatrice delegata alle ICA e da altri infermieri esperti, che periodicamente, quattro volte all'anno girano nei Reparti per osservare la correttezza dell'esecuzione delle procedure

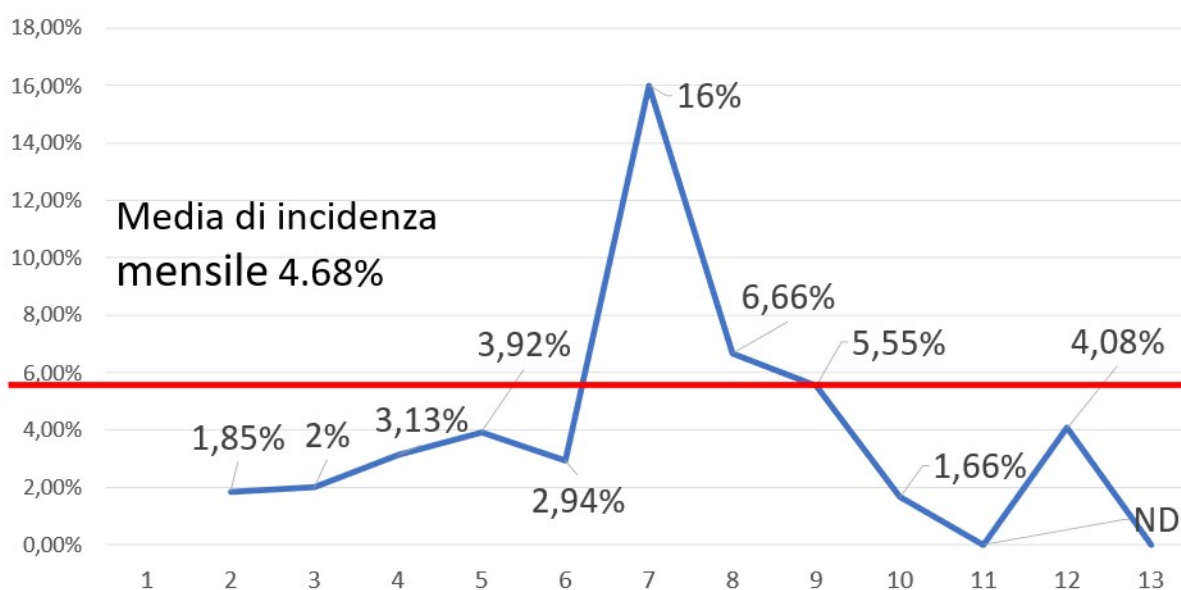
## 4. Studio e rilevazione dell'incidenza di ICA

- a. Ininterrottamente dal 2015 il CIO ha raccolto trimestralmente tutti i dati degli esami colturali eseguiti presso il laboratorio di Microbiologia. Il Coordinatore ha successivamente esaminato tutti i dati, evidenziando solo i casi di ICA certa (intervenuta entro le 48 ore dall'ingresso), suddividendo tutti i dati tra i Reparti di Terapia Intensiva e cardiocirurgia. Nei primi due anni (2015 e 16) erano stati esaminati anche i Reparti di Ortopedia e Chirurgia Generale, ma la costante assenza di casi per la breve degenza di questi pazienti ha convinto il CIO a concentrarsi su UTI e Cardiocirurgia. Tutti i dati sono schedati in tabelle excel e resi più fruibili in file power point, che ad ogni riunione trimestrale vengono resi noti ai partecipanti. I dati sono ovviamente comprensivi di tutti i tipi batterici isolati, e ciò consente di valutare l'eventuale condizione di eccesso di uno o più ceppi. Proprio nell'estate 2023, per esempio, abbiamo registrato un picco di

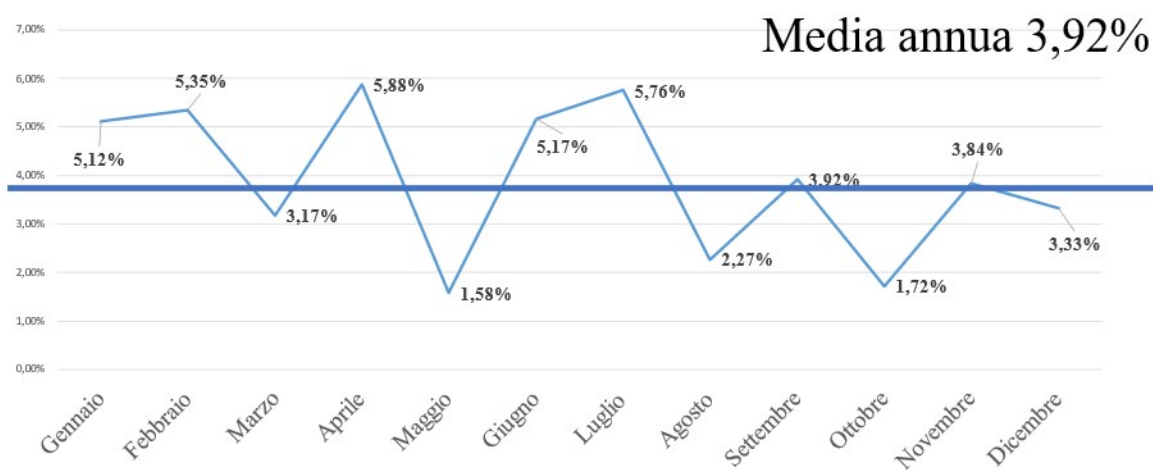
incidenza di infezioni in UTI correlati alla presenza di un ceppo di Pseudomonas particolarmente virulento e resistente a diversi antibiotici. Nell'arco degli anni si è assistito ad una progressiva riduzione dell'incidenza di nuovi casi, soprattutto in UTI, che ormai è attestata su una media di incidenza annuale di casi intorno al 4%. Anche la Cardiochirurgia ha visto diminuire i suoi casi, ma in misura meno evidente, persistendo quote di positività soprattutto urinarie tra i pazienti degenti. Ovviamente tutti i grafici e le tabelle excel sono disponibili su richiesta specifica. S'inseriscono all'interno di questa relazione i dati relativi alle rilevazioni del 2023. Inoltre la conoscenza dei dati ha permesso, soprattutto grazie al Consulente Infettivologo, di svolgere opera di "Stewardship" sugli antibiotici usati, con formulazione di linee guida interne. Tutti i dati vengono inviati semestralmente anche alla Responsabile del CIO Regionale della Liguria.

- b. ICLAS, attraverso il CIO, partecipa anche allo Studio AR ISS, promosso e coordinato dall'ISS, finalizzato a valutare la frequenza di isolamenti alcuni germi specifici e la relativa resistenza agli antibiotici usati

### Incidenza percentuale mensile di pazienti infetti in ICU - 2023



## Incidenza percentuale mensile anno 2022 ICU di casi di ICA



ICU	Pazienti infetti	Infezioni totali	perc infetti su presenze mensili	Presenze
Gennaio	1	4	1,85%	54
Febbraio	1	1	2%	59
Marzo	2	4	3,13%	64
Aprile	2	2	3,92%	51
Maggio	2	2	2,94%	68
Giugno	8	18	16%	50
Luglio	3	9	6,66%	45
Agosto	3	6	5,55%	54
Settembre	1	4	1,66%	60
Ottobre	0	0	0%	60
Novembre	2	2	4,08%	49
Dicembre	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile	49



## Sedi di isolamento

Resp	27
emo	15
Uro	12
pezzi ist	3
ferita	1

## Ceppi isolati in ICU 2023

Candida albicans	10
Citrobacter Freundi	4
Escherichia Coli	5
Enterococco Faecium	2
Klebsiella oxytoca	4
Proteus	2
Pseudomonas	10
Kocuria Rosea	1
Stafilo Aureus	5
Stafilo Epidermidis	9
Altri Stafilo	3

## Incidenza percentuale mensile paz infetti CCH 2023

perc infetti su presenze mensili	Presenze
7,50%	40
11,50%	52
11,76%	68
12,50%	64
15,60%	64
23,60%	55
14,54%	55
25%	56
7,81%	64
19,29%	57
24%	50
6%	50

## Cardiochirurgia – Sedi di isolamento - 2023

CCH	
emo	33
Uro	87
ferita	10

## Ceppi batterici e micotici isolati CCH 2023

Candida albicans	3
Aureococcus Viridans	1
Escherichia Coli	15
Enterococchi	27
Klebsiella oxytoca e Pneumoniae	19
Proteus	7
Pseudomonas	14
Stafilo Aureus	7
Stafilo Epidermidis	18
Altri Stafilo	4
Citrobacter Koseri	2
Morganella	6
Serratia	2
Streptococchi	2

Marco Comaschi  
Direttore Dipartimento Medico  
Coordinatore UGR e CIO  
Vice Direttore Sanitario ICLAS

