Relazione sintetica
del Clinical Risk Management
Maria Beatrice Hospital Srl
(Art.2 comma 5 Legge 8 marzo 2017 n.24)
Anno 2023

a cura del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico

Contesto organizzativo

Il presidio fa parte della rete di strutture sanitarie distribuite sul territorio nazionale e internazionale di GVM Care & Research, gruppo italiano impegnato in sanità, ricerca, industria biomedicale, cure termale e servizi alle imprese con sede a Lugo (Ravenna). Le strutture esprimono la filosofia del Gruppo, declinata rispetto al contesto regionale e alle attività svolte, puntando alla eccellenza e qualità delle cure, e all'attenzione alla persona.

Il clinical risk management, anche alla luce del recepimento del DM 19.12.2022, si caratterizza in questa prospettiva per essere un processo continuo, integrato e proattivo, volto all'allocazione più efficace del capitale umano e delle risorse all'interno dell'organizzazione, al coltivare le competenze e tecniche e le *soft skills* dei professionisti, alla integrazione sociale e alla promozione della salute.

Nel presidio è presente un Gruppo per la Gestione del Rischio Clinico, coordinato dal Clinical Risk Manager, supportato da varie figure professionali con il ruolo di facilitatori della sicurezza. Lo stesso è integrato con le funzioni strategiche dell'azienda e con i professionisti sanitari, e altresì naturalmente integrato con il Comitato Infezioni Ospedaliere, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e il Comitato Valutazione Sinistri di Gruppo, garantendo così una visione completa e ampia dell'azienda, e dunque una più precisa identificazione dei rischi.

In riferimento ai Piani di Gestione del Rischio Clinico 2023, redatti nel febbraio 2023, di seguito sono sinteticamente descritte le attività svolte, distinte per capitoli, previa presentazione del contesto di attività cliniche svolte, con la dovuta precisazione relativa al riadattamento funzionale determinato dal cambio dell'incarico di Clinical Risk Manager nel corso del 2023.

Sede Maria Teresa Hospital srl, Firenze

796 ricoveri

9557 giornate di degenza

1571 prestazioni ambulatoriali (sia per interni che per esterni)

1996 prestazioni di chirurgia ambulatoriale (Oftalmologia)

Attività specifiche di gestione e monitoraggio

- **Segnalazioni n. 15:** complessive (2022 n. 15).
  - N. 3 segnalazioni di eventi avversi (2022 n.0) che hanno riguardato: gestione della **documentazione clinica**; **somministrazione di terapia**; **posizionamento di sondino naso-gastrico**. Le segnalazioni sono state gestite, con coinvolgimento dei professionisti, e nell'ultimo caso con audit clinico da cui la revisione e la diffusione della procedura di controllo del corretto posizionamento.
  - N. 1 aggressione verbale tra operatori e un familiare di utente ricoverato.
  - N. 10. Segnalazioni di cadute (2022 n.14) con condivisione in audit clinico multidisciplinare. In tutti i casi il paziente era correttamente profilato con la scala ReToss, in 3 casi la caduta ha determinato conseguenze cliniche minori (di natura escoriativa e/o contusiva) per il paziente ed in 1 caso ha determinato conseguenze maggiori (frattura di femore).
- Dal controllo della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate, è stato svolto un audit relativo alle migliori modalità di prescrizione e somministrazione di terapia.
- N. 1 Richieste di Risarcimento Anno 2023 relativa a caduta con frattura intraospedaliera.
- Rilevazione periodica della corretta applicazione della procedura di identificazione dell'utente, con utilizzo specifico del braccialetto identificativo, e del personale, con cartellino di riconoscimento.
- Rilevazione periodica della aderenza alle buone pratiche di igiene delle mani e reportistica delle osservazioni sulla corretta tecnica.
- Rilevazione della corretta conservazione e collocazione dei farmaci in reparto.

Attività di formazione e aggiornamento

- Formazione operatori:
  - "La gestione delle infezioni ospedaliere".

- "La gestione del rischio clinico".
- "La Gestione dell'aggressività e della violenza".
- "La gestione dello stress".

• Incontri di aggiornamento clinico, con approfondimento degli indirizzi delle linee guida e/o raccomandazioni.
• Aggiornamento di procedure e avvio dello studio sulla procedura di prevenzione del suicidio in ospedale per l'individuazione della miglior scala di identificazione del rischio.

Attività integrate e multidisciplinari

• *Patient safety walk around* eseguito con il Direttore Operativo e RAQ con valutazione della diffusione e applicazione delle Buone Pratiche, rilievo a campione e mediante intervista della pratica di igiene delle mani, di gestione e conservazione dei farmaci, identificazione con braccialetto dell'utente e con cartellino del personale, cartellonistica informativa.
• Revisione a campione della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate, in tema di completezza, congruenza e appropriatezza.
• Recepimento delle osservazioni positive in tema di completezza, congruenza e appropriatezza della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate da parte del nucleo di controllo esterno nell'ambito delle attività del PAC a cura del Team Area Vasta dell'Azienda USL Toscana Centro.
• Rilevazione del consumo di soluzioni antisettiche per l'igiene delle mani.
• Recepimento delle rilevazioni svolte dalla Direzione Operativa sui tempi medi di chiusura e consegna in copia conforme della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate (vedasi Documento di Riesame alla Direzione e Carta dei Servizi).
• Recepimento dei dati e delle procedure relativi all'area infezioni correlate all'assistenza, con relazione conclusiva a cura del Comitato per la lotta delle Infezioni Ospedaliere.
• Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità che nel 2023 non hanno riguardato direttamente percorsi clinici a ricaduta sull'utente.
• URP: n. 4 segnalazioni di reclami utenti trattati dalla Direzione Sanitaria con risposta scritta nei tempi previsti
• Farmaco e dispositivo vigilanza: n. 3 segnalazioni di Dispovigilance relativo a Lenti oculari.

Attività del Gruppo di gestione del rischio clinico e del Clinical Risk Manager

• Compilazione del questionario su portale Agenas per il monitoraggio del recepimento delle raccomandazioni ministeriali di prevenzione di eventi sentinella nel marzo 2023.
• Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello state dell'arte relativo al DM 19.12.2022 nell'ottobre 2023.

Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2024

Oltre al monitoraggio periodico e alla raccomandazione al personale sul valore della segnalazione di eventuali deviazioni riscontrate, quale opportunità di conoscenza, approfondimento, confronto e quindi di complessivo miglioramento, la revisione dell'anno precedente offre alcuni punti di interesse per sviluppo:

- Prescrizione e somministrazione di farmaci: auditing specifico
- Formazione: considerata l'estrema dinamicità attuale del personale, anche in termini di acquisizione di nuove competenze e formazione continua, ci si è fissati l'obiettivo di formare ulteriore personale quale facilitatore, e di proporre un breve corso di formazione sulla gestione del rischio clinico al personale neoassunto.
- Procedure e raccomandazioni: revisione organica delle procedure sulla gestione dei farmaci.
- Incontri multidisciplinari: saranno calendarizzati incontri con cadenza periodica (semestrale) per la condivisione dello stato dell'arte delle attività del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico, quale occasione di confronto.

Sede Santa Rita Hospital srl, Montecatini Terme, Pistoia

1713 ricoveri

5050 giornate di degenza

10.690 prestazioni ambulatoriali (sia per interni che per esterni)

Attività specifiche di gestione e monitoraggio

- **Segnalazioni n. 11** (2022 n. 22) complessive:
  - N. 2 segnalazioni di evento avverso senza conseguenze (2022 n. 2) che hanno riguardato: identificazione del paziente e somministrazione di terapia, gestito con audit clinico e raccomandazione al personale sulla corretta procedura di gestione della farmacoterapia; strumentario chirurgico, che ha previsto analisi dell'evento con relazione dello specialista chirurgo e azione correttiva conclusa.
  - N. Segnalazioni di cadute 9 (2022 n. 20) con condivisione in audit clinico multidisciplinare. In tutti i casi il paziente era correttamente profilato con la scala Conley pre e post-caduta ed in 1 caso la caduta ha determinato conseguenze cliniche minori (di natura escoriativa e/o contusiva) per il paziente, nessuna conseguenza maggiore;

- N. 8 Richieste di Risarcimento: 3 relative a protesi di ginocchio; 1 a protesi di anca; 1 ad artrodesi di alluce; 1 ad artrodesi vertebrale; 2 a lamentate infezioni.
- Rilevazione periodica della corretta applicazione della procedura di identificazione dell'utente, con utilizzo specifico del braccialetto identificativo, e del personale, con cartellino di riconoscimento.
- Rilevazione periodica della aderenza alle buone pratiche di igiene delle mani e reportistica delle osservazioni sulla corretta tecnica.
- Rilevazione della corretta conservazione e collocazione dei farmaci in reparto.

Attività di formazione e aggiornamento

- Formazione operatori:
  - "Corso Istruttore BLSD" dell'American Heart Association con la formazione di 2 figure sanitarie che provvederanno all'erogazione dei corsi per il personale sanitario.
  - "Corso sulla gestione delle Infezioni Ospedaliere".
  - "Corso Retraining BLSD".
  - "Corso sulla gestione del rischio clinico"
  - "Corso sulla Gestione dell'aggressività e violenza"
  - "Corso sulla Gestione dello Stress"
- Aggiornamento di procedure e avvio dello studio sulla procedura di prevenzione del suicidio in ospedale per l'individuazione della miglior scala di identificazione del rischio.

Attività integrate e multidisciplinari

- *Patient safety walk around* eseguito con il Direttore Operativo-RAQ con valutazione della diffusione e applicazione delle Buone Pratiche, rilievo a campione e mediante intervista della pratica di igiene delle mani, di gestione e conservazione dei farmaci, identificazione con braccialetto dell'utente e con cartellino del personale, cartellonistica informativa.
- Revisione a campione della documentazione clinica dei soggetti sottoposti a trattamento protesico di ginocchio, con individuazione della percentuale di contestuale sostituzione rotulea, quale indicatore di complicazione intraoperatoria, con relazione finale.
- Revisione a campione della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate, in tema di completezza, congruenza e appropriatezza.
- Relazione sulla gestione e monitoraggio di sangue ed emocomponenti, con indicazione di incidenza quale indicatore di complicazione intraoperatoria, con revisione della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate per controllo di corretta gestione del sangue.
- Recepimento delle osservazioni positive in tema di completezza, congruenza e appropriatezza della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate da parte del nucleo di controllo esterno nell'ambito delle attività del PAC a cura del Team Area Vasta dell'Azienda USL Toscana Centro.

- Recepimento delle rilevazioni svolte dalla Direzione Operativa sui tempi medi di chiusura e consegna in copia conforme della documentazione clinico-amministrativa relativa alle prestazioni erogate (vedasi Documento di Riesame alla Direzione e Carta dei Servizi).
- Recepimento dei dati e delle procedure relativi all'area infezioni correlate all'assistenza, con relazione conclusiva a cura del Comitato per la lotta delle Infezioni Ospedaliere.
- Discussione con RAQ delle segnalazioni di non conformità, che nel 2023 non hanno riguardato direttamente percorsi clinici a ricaduta sull'utente.
- URP: n. 3 segnalazioni di reclami utenti trattati dalla Direzione Sanitaria con risposta scritta nei tempi previsti.
- Farmaco e dispositivo vigilanza: n. 0 di segnalazioni (2022 n. 0).
- Rilevazione del consumo di soluzioni antisettiche per l'igiene delle mani.

Attività del Gruppo di gestione del rischio clinico e del Clinical Risk Manager

- Compilazione del questionario su portale Agenas per il monitoraggio del recepimento delle raccomandazioni ministeriali di prevenzione di eventi sentinella nel marzo 2023.
- Compilazione del questionario su portale Agenas per la rilevazione dello state dell'arte relativo al DM 19.12.2022 nell'ottobre 2023.

Considerazioni e opportunità di miglioramento per l'anno 2024

Oltre al monitoraggio periodico e alla raccomandazione al personale sul valore della segnalazione di eventuali deviazioni riscontrate, quale opportunità di conoscenza, approfondimento, confronto e quindi di complessivo miglioramento, la revisione dell'anno precedente offre alcuni punti di interesse per sviluppo:

- Formazione: considerata l'estrema dinamicità attuale del personale, anche in termini di acquisizione di nuove competenze e formazione continua, ci si è fissati l'obiettivo di formare ulteriore personale quale facilitatore, e di proporre un breve corso di formazione sulla gestione del rischio clinico al personale neoassunto.
- Procedure e raccomandazioni: integrazione delle procedure sulla gestione dei farmaci.
- M&M: documentazione di analisi multidisciplinari su interventi particolari e/o complessi o con complicanze maggiori.
- Incontri multidisciplinari: saranno calendarizzati incontri con cadenza periodica (semestrale) per la condivisione dello stato dell'arte delle attività del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico, quale occasione di confronto.

La relazione consuntiva è stata redatta dal Gruppo di Gestione del Rischio Clinico e discussa a Firenze, per Maria Teresa Hospital in data 7 marzo 2024 e a Montecatini Terme (PT), per Santa Rita Hospital in data 14 marzo 2024, con redazione e approvazione dei rispettivi Piani di Gestione del Rischio Clinico per l'anno 2024.

La presente è una sintesi della relazione consuntiva per pubblicazione sul sito aziendale in adempimento all'articolo 2 comma 5 della legge 24/2017.