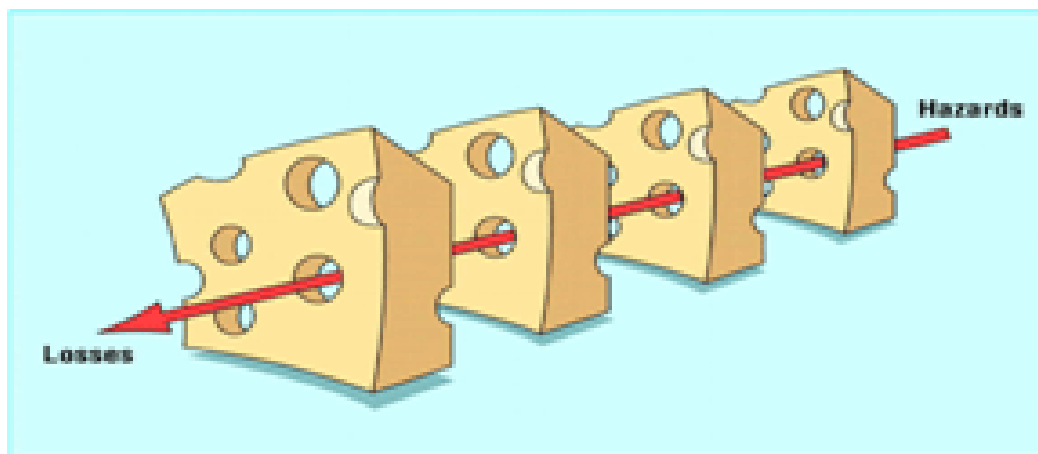


Gestione del rischio clinico a Salus Hospital Reggio Emilia

“RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2017”



GESTIONE DEL RISCHIO

Insieme coordinato delle attività che una organizzazione svolge in modo sistematico per identificare, prevenire, tenere sotto controllo i rischi e per ridurre al minimo il verificarsi di errori e incidenti

CARATTERISTICHE DI SALUS HOSPITAL

Salus Hospital Srl è un Ospedale privato facente parte del Gruppo Villa Maria (GVM) Care&Research, che ha sede a Lugo (RA) e dedicato alla Sanità gestisce strutture e poliambulatori, nonché società di Servizi del settore specifico e attinenti, in diverse regioni italiane ed in alcuni altri paesi europei. Salus Hospital è associata all'A.I.O.P. Associazione Italiana Ospedalità Privata - che rappresenta oltre 500 ospedali privati sul territorio nazionale.

La provenienza dei pazienti permette di evidenziare il legame regionale/provinciale della Struttura con il territorio, in quanto nel 2017 sul totale dei ricoveri in accreditamento il 76,2% sono emiliano-romagnoli (nel 2016 erano il 74,7%).

La struttura ospedaliera dispone di 107 posti letto per ricoveri di diagnosi e cura e offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, relative alle seguenti funzioni sanitarie:

| Unità operativa | PL degenza | PL Day Surgery | totale |
|-------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------|
| Cardiochirurgia e chirurgia toraco-vascolare | 24 | | 24 |
| Cardiologia con servizio di Emodinamica e Elettrofisiologia | 3 | | 3 |
| unità coronarica | 2 | | 2 |
| Chirurgia generale e ricostruttiva | 9 | 1 | 10 |
| Oculistica | | 1 | 1 |
| Ortopedia e Chirurgia della colonna | 30 | 1 | 31 |
| Urologia | 10 | | 10 |
| Riabilitazione Intensiva Cardiologica e Ortopedica | 20 | | 20 |
| Anestesia e rianimazione\TIPO | 6 | | 6 |

Il comparto operatorio è costituito da sei sale operatorie, dedicate all'attività chirurgica. quattro sale nel blocco operatorio e due dedicate al Day Surgery. Il servizio di Terapia Intensiva Post Operatoria è dotato di posti letto, tutti attrezzati con monitoraggio continuo dei ricoverati e 24 pl sotto telemetria dislocati al 2^a e 3^a piano.

Tutte le attività di ricovero sono presenti anche a livello ambulatoriale negli ambulatori polispecialistici .

La struttura è inoltre dotata di un POC (Laboratorio Analisi) per le esecuzione di esami interni urgenti sui ricoverati.

Per l'anno 2017 si riportano i dati relativi ai pazienti ricoverati e alle giornate di degenza

| Specialità chirurgiche | n pz ricoverati | gg degenza |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| CARDIOCHIRURGIA | 439 | 4851 |
| CARDIOLOGIA | 257 | 589 |
| CHIRURGIA | 540 | 660 |
| OCULISTICA | 16 (*) | 16 |
| ORTOPEDIA | 2030 | 7592 |
| UROLOGIA | 467 | 1199 |
| TIPO | 28 | 463 |
| RIAB CARDIOL | 34 | 255 |
| RIAB ORTOP | 306 | 3244 |
| Totale complessivo | 4117 | 18869 |

(*) gli interventi di cataratta sono effettuati in day service (nel 2017 sono stati 882)

Il personale presente in struttura è così suddiviso:

| Figure professionali | N° | Tipo contratto |
|-----------------------------|----|----------------------------------------|
| Medici | 92 | Contratto libero professionale |
| Infermieri | 78 | Tempo indeterminato |
| | 2 | Tempo determinato |
| | 8 | Interinali |
| Tecnici di radiologia | 5 | Tempo indeterminato |
| | 2 | Collaborazione coordinata continuativa |
| Terapisti di riabilitazione | 2 | Tempo indeterminato |
| Tecnici per fusionisti | 1 | 1Tempo indeterminato 1 interinale |
| OTA/OSS | 1 | Tempo indeterminato |

Obiettivi strategici

La Direzione di Salus Hospital ha definito i propri obiettivi per il triennio 2018-2020 orientati prevalentemente allo sviluppo e al miglioramento dei servizi nel suo complesso:

- 1) **Miglioramento delle tecniche innovative in ambito cardiocirurgico;**
- 2) **Miglioramento dei livelli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie** raggiunti dall'Azienda, soprattutto nel setting assistenziale;
- 3) **partecipazione ed applicazione del progetto regionale riguardante la gestione del rischio clinico** (risk management) con registrazione degli eventi avversi (incident reporting);
- 4) **contenimento della percentuale delle infezioni** attraverso:
 1. costante monitoraggio dell'attività di sala operatoria e di reparto;
 2. incontri della Commissione Aziendale Infezioni Ospedaliere (C.A.I.O) con il compito di affrontare in modo multidisciplinare le varie problematiche inerenti le infezioni ospedaliere;
 3. con la partecipazione della Direzione Sanitaria agli incontri del CIO (Comitato sulle infezioni ospedaliere dell'AUSL di R.E.) riguardo all'aspetto della prevenzione e della sorveglianza delle stesse soprattutto con riferimento alle infezioni endogene dei pazienti;
- 5) **mantenimento dell'attività di controllo** in materia di ricovero attraverso verifica mensile di almeno il 10% delle cartelle cliniche con apposita check – list, ai sensi della DGR 354/2012;
- 6) **approvazione del Piano di Formazione annuale** del personale dipendente con l'inserimento anche di eventi formativi trattanti la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08) e la responsabilità amministrativa (D.Lgs 231/01);
- 7) **monitoraggio continuo dell'attività formativa**, soprattutto in termini di verifica dell'efficacia dell'evento formativo, attraverso la costituzione di un Comitato Specifico che si incontrerà periodicamente per la discussione delle attività e apertura di azioni migliorative;
- 8) **miglioramento dei servizi e delle prestazioni rese e monitoraggio periodico del livello di soddisfazione degli utenti e registrazione di reclami e non conformità;**
- 9) **incentivazione dei meccanismi di comunicazione interna** tra operatori attraverso riunioni periodiche, momenti formativi e condivisione dei piani di lavoro; **ed esterna** attraverso un aggiornamento continuo della Carta dei Servizi e del sito internet;

- 10) **rinnovo e potenziamento delle attrezzature e degli impianti;**
- 11) **sviluppo del sistema qualità in base ai nuovi requisiti nazionali;**
- 12) **sviluppo di progetti\azioni volte a ridurre il rischio clinico;**
- 13) sviluppo di **progetti di ricerca scientifica** in coerenza con gli indirizzi generali del GVM e con gli obiettivi di sviluppo di Salus Hospital, soprattutto in ambito cardio chirurgico;
- 14) **conferma dell'attività di Riabilitazione Ortopedica e Cardiologica** previo confronto con le scelte di politica sanitaria dell'AUSL di riferimento.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO A SALUS HOSPITAL

La gestione del rischio clinico a Salus Hospital è in capo al **Direttore Sanitario** che, supportato dal Responsabile Qualità, mette in atto azioni atte a prevenire l'insorgere di eventi clinici e/o organizzativi che possono creare un danno ai pazienti e agli operatori. Negli obiettivi strategici si evidenziano infatti alcuni punti orientati alla gestione del rischio.

Perché la gestione del rischio clinico

Un **rischio** è qualcosa che non si desidera avvenga, una potenziale minaccia, una perdita di qualità ed efficienza non valutabile a priori. Per RISCHIO si intende una condizione o evento potenziale che può modificare l'esito atteso del processo.

La Gestione del rischio sanitario può definirsi come un approccio metodologico strutturato che prende in considerazione tutti i rischi a cui può andare incontro una organizzazione e che include pertanto l'identificazione, la valutazione, il trattamento, il monitoraggio, con l'obiettivo di ridurre la probabilità del loro concretizzarsi, o di abbattere la gravità delle loro conseguenze.

Ogni organizzazione sanitaria può definirsi come un **sistema complesso** la cui attività si espleta con il susseguirsi di una serie di azioni in cui intervengono fattori umani, tecnologici, ambientali, etc.

In tal senso l'estrema complessità di ogni organizzazione sanitaria fa sì che il rischio di **evento avverso** sia un elemento insito in essa, di fatto ineliminabile. La gestione del rischio ha, quindi, lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi, attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali connessi alle attività svolte all'interno della struttura sanitaria.

L'obiettivo è di aumentare la sicurezza dei pazienti, (oltre che degli altri attori, quali operatori sanitari e visitatori, che interagiscono con l'organizzazione sanitaria), migliorare gli outcomes ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli **eventi avversi prevenibili** e, conseguentemente, le occasioni di contenzioso. La funzione della gestione del rischio è fornire all'organizzazione le informazioni necessarie per "imparare dagli errori" superando la concezione punitiva dell'errore come fallimento ascrivibile a responsabilità individuale (ovvero dei singoli operatori), tenuto conto che molto spesso l'operatore che commette l'errore viene in ciò facilitato da condizioni favorevoli legate al contesto organizzativo e/o a scelte strategiche aziendali.

La gestione del rischio è l'insieme delle attività che consentono di sviluppare in modo continuo attività di miglioramento dell'assistenza clinica per garantire ai pazienti la maggiore sicurezza possibile, tenendo conto anche:

- della sicurezza per il personale (rischio biologico, infortuni, ..)
- della sicurezza ambientale (strutture, impianti, attrezzature, ...)
- dei rischi legati ad emergenze esterne o a fattori incontrollabili (interruzioni di servizi essenziali, maxiemergenze,..)

- dei rischi giuridico-amministrativi (contenzioso, copertura assicurativa, alcuni elementi connessi alla responsabilità professionale....)

Il processo di gestione del rischio clinico deve essere quindi caratterizzato dall'integrazione multidisciplinare tra i professionisti e dalla responsabilizzazione degli operatori, elementi indispensabili per realizzare ed effettuare le azioni messe in campo al fine di ridurre gli eventi avversi.

Alcune definizioni

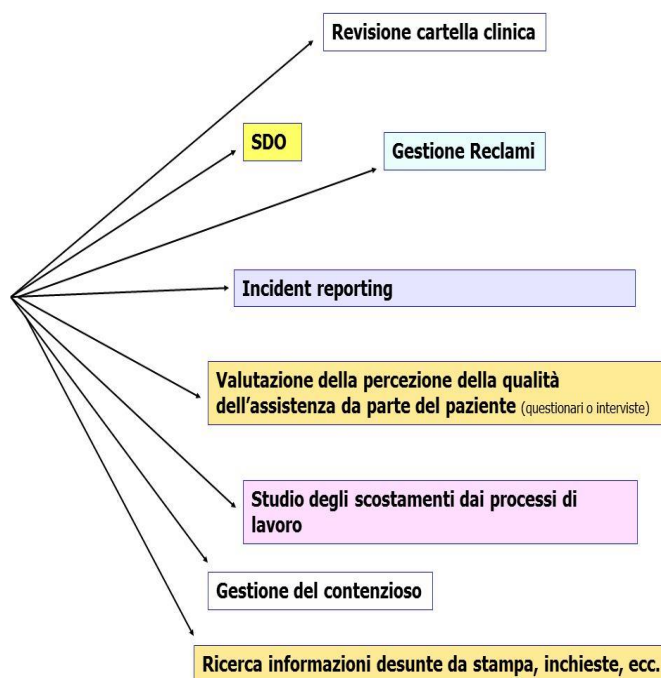
- **Evento (Incident):** accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei confronti di un paziente.
- **Evento avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
- **Incidente (Accident):** evento con conseguenze attuali di danno, l'unico che ha rilevanza giuridica
- **Errore:** fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Strumenti

Gli strumenti utilizzati sono il flusso SIMES per il Ministero della Salute e la segnalazione di incident reporting della Regione Emilia Romagna.

Il sistema di incident reporting si basa sulla segnalazione spontanea di evento inteso come accadimento connesso a un insuccesso (potenziale - quasi-incidente - o che ha causato danni - incidente) rilevato dagli operatori attraverso una scheda di segnalazione.

Vi sono comunque altre fonti da cui attingere per individuare aree a rischio e su cui lavorare in modo proattivo



Riferimenti

I riferimenti per la gestione del rischio clinico sono le raccomandazioni del Ministero della Salute e le indicazioni della Regione Emilia Romagna.

La struttura ha adottato e condiviso procedure operative relative alle raccomandazioni definite dal 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 ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
8. Morte o grave danno per caduta di paziente
9. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
10. Violenza su paziente
11. Atti di violenza a danno di operatore
12. Morte o grave danno o conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra ospedaliero)
13. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico
14. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

La formazione è a supporto della crescita delle misure di sicurezza messe in atto dalla struttura per prevenire gli eventi avversi. Ad esempio nel 2017 sono state effettuate simulazioni nella gestione del paziente in emergenza al fine di individuare eventuali errori che avrebbero potuto creare "situazioni di pericolo per il paziente". Le simulazioni sono state anche un'occasione di analisi e di crescita per tutte le figure professionali. Nel 2018 si prevede la registrazione audio/video delle simulazioni come materiale che consenta il riesame della performance in appositi incontri formativi.

**SCHEDE DESCRITTIVE DELLO STRUMENTO\FONTE INFORMATIVA
SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E
LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO**

PREVENZIONE DELLE CADUTE

INCIDENT REPORTING

**PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO DA
COMPRESSIONE**

SICUREZZA NELLE TRASFUSIONI

**RICHIESTE RISARCIMENTO PERVENUTE A SALUS
HOSPITAL NEL 2017**

| PREVENZIONE DELLE CADUTE | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Letteratura\normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> ● Raccomandazione N. 13 del Ministero della Salute elaborata dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PZ NELLE STRUTTURE SANITARIE" ● Centro studi EBN – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico – Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi ● Centro studi EBN – Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi ● Criteri stabiliti dall' OMS (http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html; 12.07.2010) ● www.ipasvi.it – quando serve la contenzione ● Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale_ Regione Emilia Romagna |
| Descrizione dello strumento\flusso informativo | <p>scheda per la rilevazione delle cadute in ospedale. La scheda di rilevazione oltre a segnalare la caduta accidentale prende in esame le cause che hanno contribuito al verificarsi dell'evento e le eventuali conseguenze</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento | <p>l'analisi è effettuata per singola caduta e annualmente viene fatta una revisione della casistica. I dati complessivi sono inviati alla Regione Emilia Romagna e nella struttura si verifica se sono da effettuare azioni di miglioramento atte a ridurre gli eventi. Il processo è descritto nella PO97</p> |
| Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate | <p>si effettuano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● retraining formativi per mantenere alto il livello di attenzione ● corso FAD Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale RER |
| Valutazione risultati e prospettive future | <p>Nel 2017 il n° delle cadute è diminuito rispetto al 2016 e i dati sono molto soddisfacenti (11 cadute su 18869 gg degenza (0,06 %), rispetto alle 16 cadute del 2016 su 19.546 gg di degenza (0,08%)</p> |

Salus Hospital Scheda segnalazione cadute RG97_01_05 Rev. 6 Pag. 1/3

Cognome: _____ Nome: _____
 Data di nascita: _____ Età: _____
 Nosologia/ C.Clinica: _____ Data di ricovero: _____
 Unità operativa di ricovero: _____
 Tipo di ricovero: Ricovero ordinario Ricovero Day Hospital
 Valutazione del rischio di caduta del paziente: Punteggio scala: _____

Fattori epidemiologici

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anamnesi di pregresse cadute | <input type="checkbox"/> Patologie del piede (calli, duri, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Inconferenza | <input type="checkbox"/> Fiuma di cadere |
| <input type="checkbox"/> Deterioramento cognitivo | <input type="checkbox"/> Scoppio cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Fallimento | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Peggioramento delle funzioni neurologiche | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> 4 muscolari | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Dipendenza nell'esecuzione delle attività di base della vita | <input type="checkbox"/> Depressione |
| <input type="checkbox"/> Riduzione del visus | <input type="checkbox"/> Impedimento ortotortica |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Altro |

Fattori farmacologici: N° Farmaci assunti: _____ (indipendentemente dal tipo)

| | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sedativi del SNC | Cardiovascolari | Altri |
| <input type="checkbox"/> Barbiturici | <input type="checkbox"/> Vasodilatatori | <input type="checkbox"/> Lassativi |
| <input type="checkbox"/> Sedativi ipnotici | <input type="checkbox"/> Ipotesivanti | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Alcolici | <input type="checkbox"/> Antidolorifici | |
| <input type="checkbox"/> Antidepressivi tricyclici | <input type="checkbox"/> Vasodilatatori | |
| <input type="checkbox"/> Antipsicotici | <input type="checkbox"/> Glucosidi cardiotonici | |
| <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniani | | |
| <input type="checkbox"/> Antiepilettici | | |
| <input type="checkbox"/> Analgesici | | |
| <input type="checkbox"/> Tranquillanti | | |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivanti | | |

DATI RELATIVI ALLA CADUTA

Data della caduta: _____ Fascia oraria: 14 20 7

Chi era presente all'evento: nessuno altri pazienti familiari personale sanitario

Luogo della caduta:

| | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sala di ricovero | <input type="checkbox"/> In bagno | <input type="checkbox"/> Specificare se: |
| <input type="checkbox"/> In altri servizi | <input type="checkbox"/> Nella camera di degenza | <input type="checkbox"/> In corridoio |
| <input type="checkbox"/> In altri comuni | <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> All'esterno della struttura | | |

Dinamica della caduta:

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> da letto/bianca | <input type="checkbox"/> schivata |
| <input type="checkbox"/> dalla sedia/carrozina | <input type="checkbox"/> inciampato |
| <input type="checkbox"/> da posizione eretta | <input type="checkbox"/> altro |

Cause ambientali favorevoli:

- segnalare particolari situazioni (es. pavimento bagnato/schivo, cedimenti strutturali, etc.)
- attività che il paziente stava svolgendo quando è caduto:
- abiti, scarpe, occhiali

Eventi scuti recenti significativi:

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> cambio terapia |
| <input type="checkbox"/> febbre | <input type="checkbox"/> altro |

Eventuali sintomi che hanno preceduto la caduta

| | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vertigine oggettiva | <input type="checkbox"/> vertigo |
| <input type="checkbox"/> vertigine soggettiva | <input type="checkbox"/> vertigine unilaterale |
| <input type="checkbox"/> sordità | <input type="checkbox"/> sordità unilaterale |
| <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> altro |

Stato di coscienza al momento del ritrovamento:

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vigile | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> soporoso | <input type="checkbox"/> Stupore |
| <input type="checkbox"/> incosciente | <input type="checkbox"/> No |

Capacità di rialzarsi autonomamente dopo la caduta:

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Da non essere: No Sì, quali (protesi dentaria, occhiali, altro) _____

Note (indicare la presenza di ulteriori fattori favorevoli relativi al personale o organizzazione):

Firma dell'infermiere: _____

SEZIONE A CURA DEL MEDICO

Conseguenze della caduta:

| | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trauma cranico: | <input type="checkbox"/> prolungamento del ricovero |
| <input type="checkbox"/> frattura: | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> ematoma: | |

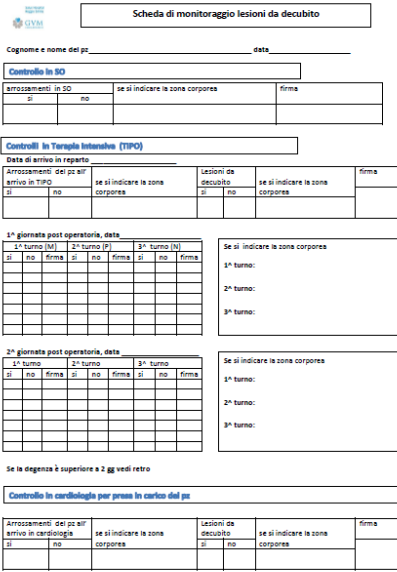
Procedimenti presi:

| | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indagini di laboratorio | <input type="checkbox"/> Trasferimento in altro reparto |
| <input type="checkbox"/> indagini radiologiche: | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> ECG | |
| <input type="checkbox"/> Altre indagini: | |
| <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica: | |

Firma del medico: _____

Scheda inserita in uso dall'Ente Ospedale S. Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia

| INCIDENT REPORTING | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Letteratura\normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> - Dm 2 aprile 2015 “regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (standard generali di qualità per i presidi ospedalieri-gestione del rischio) - legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art 1 comma 539) - DGR/2017 “approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie (6° criterio)” |
| Descrizione dello strumento\flusso informativo | Questionario per individuare gli errori o quasi errori che sono più frequenti ma che non hanno avuto conseguenze sul paziente. |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento | <p>Nella struttura la segnalazione degli eventi avversi avviene tramite il format definito a livello regionale. I quasi eventi spesso non sono segnalati.</p> <p>A fronte di questa criticità il questionario proposto è finalizzato ad individuare le aree a maggiore rischio ed intervenire con apposite azioni di miglioramento.</p> <p>Tale questionario è stato somministrato a tutti gli infermieri\tecnicici della struttura e comprende anche l’individuazione delle cause che possono avere determinato la criticità.</p> <p>Le aree che emergono riguardano l’area dei farmaci (preparazione e somministrazione terapia) e l’inserimento dei dati.</p> |
| Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate | <ul style="list-style-type: none"> - Al fine di rendere la somministrazione della terapia più sicura vi è stata una modifica organizzativa: l’infermiere che somministra la terapia è reso riconoscibile da un “corsetto identificativo” con la scritta “Attività ad alta concentrazione- Non disturbare”. Ciò vuol dire che l’operatore addetto alla somministrazione della terapia non deve interrompere l’attività. Ciò dovrebbe ridurre la distrazione e il confondimento, cause individuate quali determinanti per il verificarsi dell’errore senza conseguenze o quasi errore. - revisione, a campione, di schede di somministrazione terapia al fine di verificare la leggibilità e la corretta compilazione della stessa da parte del medico prescrittore. - L’ inserimento dei dati, riguarda prevalentemente l’endoscopia digestiva. Con i professionisti medici e infermieri è stata condivisa un’azione di miglioramento volta a rivedere l’organizzazione del lavoro tra i due infermieri presenti in ambulatorio al fine di evitare errori nella registrazione dei pazienti e dei relativi campioni biotipici. E’ stato anche predisposto un registro per la segnalazione degli errori per tipologia con l’obiettivo di misurare se le azioni messe in atto portano alla riduzione delle non conformità segnalate anche dal laboratorio di analisi. - sensibilizzazione degli operatori alla segnalazione continuativa dei quasi eventi attraverso momenti di formazione/informazione; |
| Valutazione risultati e prospettive | la valutazione dei risultati non è ancora stata effettuata |

| PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO DA COMPRESSIONE | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Letteratura\normativa di riferimento</p> | <p>Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale RER</p> <p>Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury Osborne Park, Wa: Cambrige Media,2012 European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer treatment Guidelines. Oxford, England:EUAP, 1998 NPUAP 2007 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Support Surface Standard Initiative</p> |
| <p>Descrizione dello strumento\flusso informativo</p>  | <p>scheda di rilevazione individuale condivisa tra Reparti e Sale operatorie sull'insorgenza e sulla valutazione delle lesioni da compressione nei vari contesti e per le giornate di degenza</p> |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento</p> | <p>criticità: in un breve arco di tempo si è registrato un incremento dell'insorgenza di lesioni da decubito nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico</p> |
| <p>Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate</p> | <p>Le azioni correttive messe in atto hanno riguardato la costruzione di uno strumento ad hoc al fine di monitorare il paziente nella fase del ricovero, nella fase intraoperatoria, nella fase acuta post operatoria (in TIPO) , nel decorso post operatorio e nella fase di dimissione.</p> |
| <p>Valutazione risultati e prospettive future</p> | <p>il monitoraggio ha messo in evidenza alcune criticità che riguardavano il posizionamento del paziente pre e post intervento chirurgico. A tali criticità è seguita la revisione della procedura PO31 e il monitoraggio è diventato stabile. E' stato verificato che il monitoraggio costante alza il livello di attenzione dei professionisti riducendo l'insorgenza e la gravità degli eventi .</p> |

| SICUREZZA NELLE TRASFUSIONI | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Letteratura\normativa di riferimento | <p>D.L. n. 107 , 4 maggio 1990: disciplina per la attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati</p> <p>D.L. n. 219 , 21 ottobre 2005: Nuova Disciplina delle attività Trasfusionali e della Produzione Nazionale degli Emocomponenti.</p> <p>D.L. 25 gennaio 2001 – caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti</p> <p>D.L.26 gennaio 2001 –“protocolli per l’accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti”</p> <p>Ministero della Sanità, giugno 1991 – Direttive tecniche e promozionali al fine di divulgare le metodologie di riduzione della trasfusione di sangue omologo(art. 16 legge 107/90) –</p> <p>Ministero della Sanità, 2 febbraio1993 Commissione Nazionale per i servizi trasfusionali</p> <p>DPR,7 aprile 1994 – Approvazione del piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale per il triennio 1994-1996</p> <p>Regione E-R, 19 gennaio 1995 : proposta di approvazione del piano sangue e plasma della regione Emilia Romagna per il triennio 95-97</p> <p>Circolare AIOP, 24 maggio 1995, prot. N. 669”Attività trasfusionali”</p> <p>Circolare AIOP, 2 giugno 1995, prot .n. 738”Attività trasfusionali”</p> <p>ASMN: Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia</p> <p>D.L., 1 set 1995 “Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche e private provviste si servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteca.”</p> <p>D.L., 1 set 1995 “Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso e presidi ospedalieri”</p> <p>Contratto con azienda usl</p> <p>“Perioperative Transfusion medicine” – Bruce D. Spiess, Richard B. Counts, Steven A. Gould</p> <p>“Sangue autologo”Linee guida approvate al CRAT della reggione Emilia Romagna 2/7/99</p> <p>“L’albumina umana nella pratica clinica” da Bollettino informazione sui farmaci anno Bimestrale n. 3/98</p> <p>“Il buon uso di sangue” – Ministero della Sanità Commissione Nazionale per il Serv Trasfusionale</p> <p>“Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio”- Azienda S. M. N. Reggio Emilia, 2001</p> <p>“Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” - Ministero della Sanità,raccomandazione n. 5, marzo 2007</p> <p>Decreto ministeriale 1° settembre 1995. Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri. Gazzetta Ufficiale n.240, 13 ottobre 1995</p> <p>Decreto ministeriale 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti</p> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Descrizione dello strumento\flusso informativo</p> | <p>la sicurezza delle trasfusioni è tenuta sotto controllo da diversi strumenti informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interni alla struttura (identificazione del paziente, crociatura della sacca, registro di carico e scarico dell'emoteca, registrazione in Cartella clinica delle trasfusioni) • esterni: l'approvvigionamento delle sacche. |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento</p> | <p>I rischi sono stati attentamente valutati con il Servizio di Medicina Trasfusionale dell'Ospedale provinciale di riferimento e la Procedura (PO28) che definisce il percorso della gestione del sangue nel suo complesso è stata redatta congiuntamente. Questo garantisce un controllo condiviso del processo.</p> <p>Inoltre la struttura partecipa al COBUS (comitato ospedaliero buon uso del sangue) al fine di garantire comportamenti omogenei con le altre strutture sanitarie della provincia.</p> <p>La struttura possiede una propria emoteca gestita da un referente individuato dalla direzione che trimestralmente riferisce ai responsabili medici e infermieristici sull'utilizzo delle sacche nelle varie unità operative, sulla quantità di sacche richieste e non utilizzate ed eventuali problemi emersi.</p> |
| <p>Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate</p> | <p>le azioni di miglioramento messe in atto riguardano momenti formativi effettuati con il Direttore del Servizio di Medicina Trasfusionale su specifiche tematiche al fine di migliorare sempre di più l'appropriatezza delle richieste e prevenire eventi avversi. Nel 2017 inoltre l'attenzione si è concentrata sul trasporto delle sacche che risultava non conforme alle ultime modifiche legislative. La struttura si è dotata degli strumenti necessari al fine di garantire il trasporto in assoluta sicurezza delle sacche.</p> |
| <p>Valutazione risultati e prospettive future</p> | <p>La collaborazione con il servizio di Medicina trasfusionale ha sicuramente alzato il livello di attenzione dei professionisti nella gestione delle trasfusioni. Nel 2017 non si sono verificati eventi avversi o quasi eventi e verosimilmente a questo risultato ha contribuito l'utilizzo di sacche di emazie concentrate e deleucocitate.</p> |

RICHIESTE RISARCIMENTO PERVENUTE A SALUS HOSPITAL NEL 2017

Nel 2017 sono pervenute all'ufficio legale di Salus Hospital n° 24 richieste di risarcimento danni, considerate complessivamente tra azioni giudiziali ed extragiudiziali.

Nel dettaglio le richieste risarcitorie riguardavano diverse aree così suddivise:

- 1 richiesta relativa ad attività ambulatoriale
- 8 richieste relative ad esiti di chirurgia ortopedica
- 1 richiesta relativa ad esiti di chirurgia vertebrale
- 3 riguardanti infezioni in ambito ortopedico
- 3 riguardanti infezioni in ambito cardiocirurgico
- 1 relativa ad esiti in chirurgia urologica
- 2 relative ad esiti in ambito cardiocirurgico
- 2 riferibili ad ustioni nel NURSING perioperatorio
- 1 riferibile a richiesta di malattia professionale
- 1 relativa a complicanze di colonscopia
- 1 infezione meningea attribuita ad anestesia subaracnoidea.

Le richieste sono tutte pervenute nel 2017 ma fanno riferimento ad accadimenti avvenute negli anni, in particolare:

- 2 casi nel 2007
- 3 casi nel 2009
- 3 casi nel 2012
- 5 casi nel 2013
- 3 casi nel 2015
- 3 casi nel 2016
- 5 casi nel 2017

OSSERVAZIONI:

Nel 2017 si è puntato a migliorare la gestione delle infezioni perioperatorie revisionando e migliorando, secondo le nuove linee guida, l'approccio ai Pazienti sottoposti a cardiocirurgia o a chirurgia ortopedica maggiore, con l'obiettivo di aumentare la prevenzione delle infezioni endogene, di identificare i casi di pazienti portatori di MRSA (*Stafilococcus aureus* meticillino resistente) ed anche di MSSA (*Stafilococcus aureus* meticillino sensibile).

Accurati controlli sono stati effettuati nell'ambiente e nella ventilazione delle sale operatorie con risultati sempre più che soddisfacenti.

Tutto questo ha portato ad una riduzione delle richieste di risarcimento per infezione, di cui una sola avvenuta nel 2017, rispetto a quelle segnalate negli anni precedenti.

Da segnalare la rilevanza dei costi economici indiretti che le richieste di risarcimento, spesso non giustificate, innescano relativamente all'attività dell'ufficio legale, della direzione sanitaria, del comitato Valutazione Sinistri e degli stessi professionisti.

Per questi ultimi ogni richiesta di chiamata in causa determina peraltro un effetto indiretto sul costo del rinnovo assicurativo.