

VILLA TORRI HOSPITAL SRL



RELAZIONE ANNUALE
(art. 2, comma5, Legge 8 marzo 2017, n. 24)
**SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE
CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

-ANNO 2018 -

1. INTRODUZIONE.

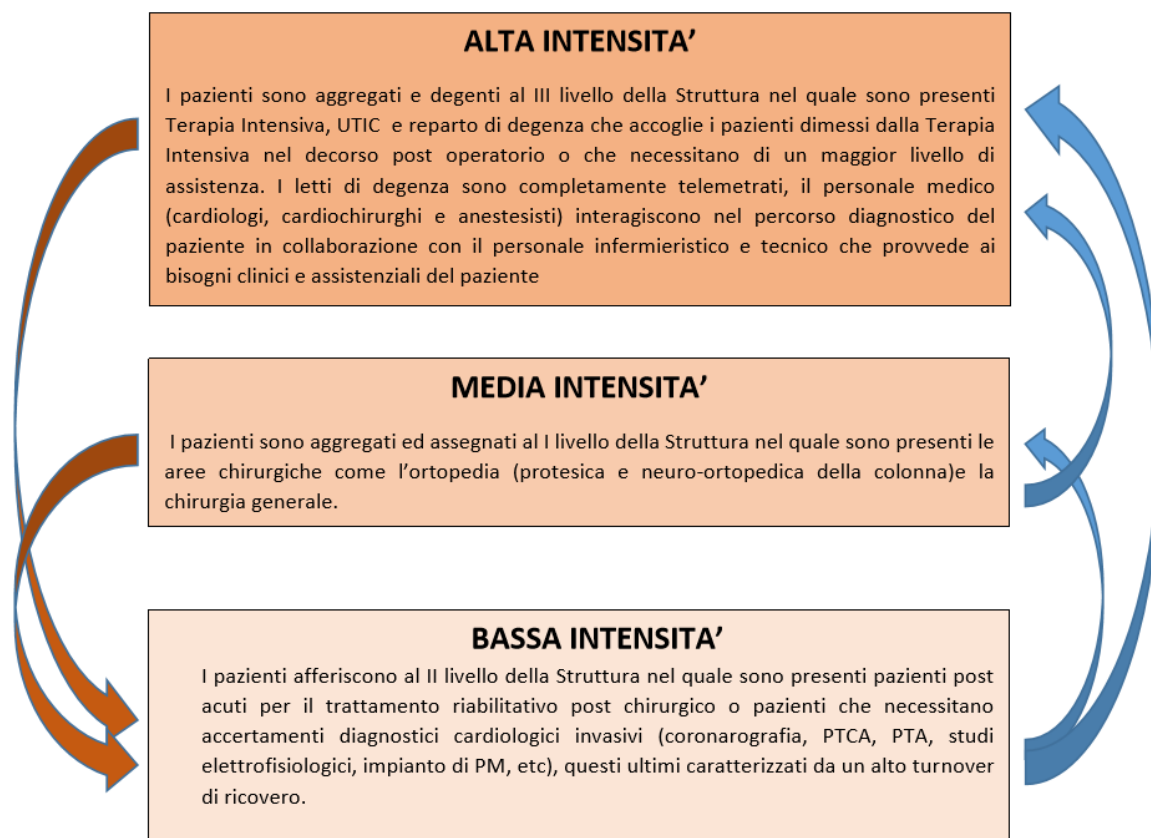
Villa Torri Hospital Srl è un Ospedale Privato di Alta Specialità, Accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale. E' una struttura autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria e accreditata dalla Regione Emilia Romagna per erogare prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale; fa parte di GVM Care & Research, gruppo italiano che opera in sanità, ricerca, industria biomedicale, benessere termale e servizi alle imprese.

La Struttura dispone di **90 posti letto di degenza ordinaria, 8 posti letto di terapia intensiva e 1 posto letto per isolamento**; dispone inoltre di un **comparto operatorio comprendente 4 sale operatorie**, un **Laboratorio di Emodinamica**, un **Servizio di Diagnostica per Immagini** con RM e TC e un **area ambulatoriale**.

Denominazione dell'Unità Operativa / articolazione	N° posti letto
Cardiochirurgia	14
Ortopedia e traumatologia	20
Chirurgia Vascolare	12
Chirurgia Generale	5
Otorinolaringoiatra	2
Chirurgia Toracica	4
Oculistica	3
Cardiologia	10
Medicina Generale	5
Recupero e riabilitazione funzionale	15
Terapia intensiva (cardiochirurgica + coronarica)	8
Isolamento	1

Le attività sanitarie di maggior interesse sono rappresentate oltre che dalla chirurgia cardio-toraco-vascolare (con emodinamica funzionale alla cardiochirurgia) dalla chirurgia ortopedica, all'interno della quale abbiamo sviluppato una importante attività di neuro-ortopedia della colonna svolta da neurochirurghi esperti; viene inoltre eseguita attività riabilitativa post cardiochirurgica e post protesica ortopedica, in funzione delle appropriate indicazioni cliniche; il Laboratorio di diagnostica ed interventistica cardio-vascolare è funzionale alle esigenze delle UU.OO. di Cardiochirurgia/ Chirurgia vascolare e Chirurgia Vascolare, garantendo prestazioni con trend in costante incremento e sempre più a favore di pazienti extra regionali.

Come previsto dal Modello di assistenza ospedaliera per intensità di cure adottato dalla Regione Emilia Romagna, Villa Torri Hospital presenta tre livelli di assistenza:



L'impegno appare evidente sia nella scelta delle discipline di alta specializzazione svolte e l'ortopedia protesica con la neuro- ortopedia della colonna, sia nel continuo miglioramento delle strutture e delle tecnologie, nella selezione e formazione dei professionisti, nell'impegno rivolto alla realizzazione e al mantenimento di un Sistema di Qualità, Sicurezza e Accreditamento.

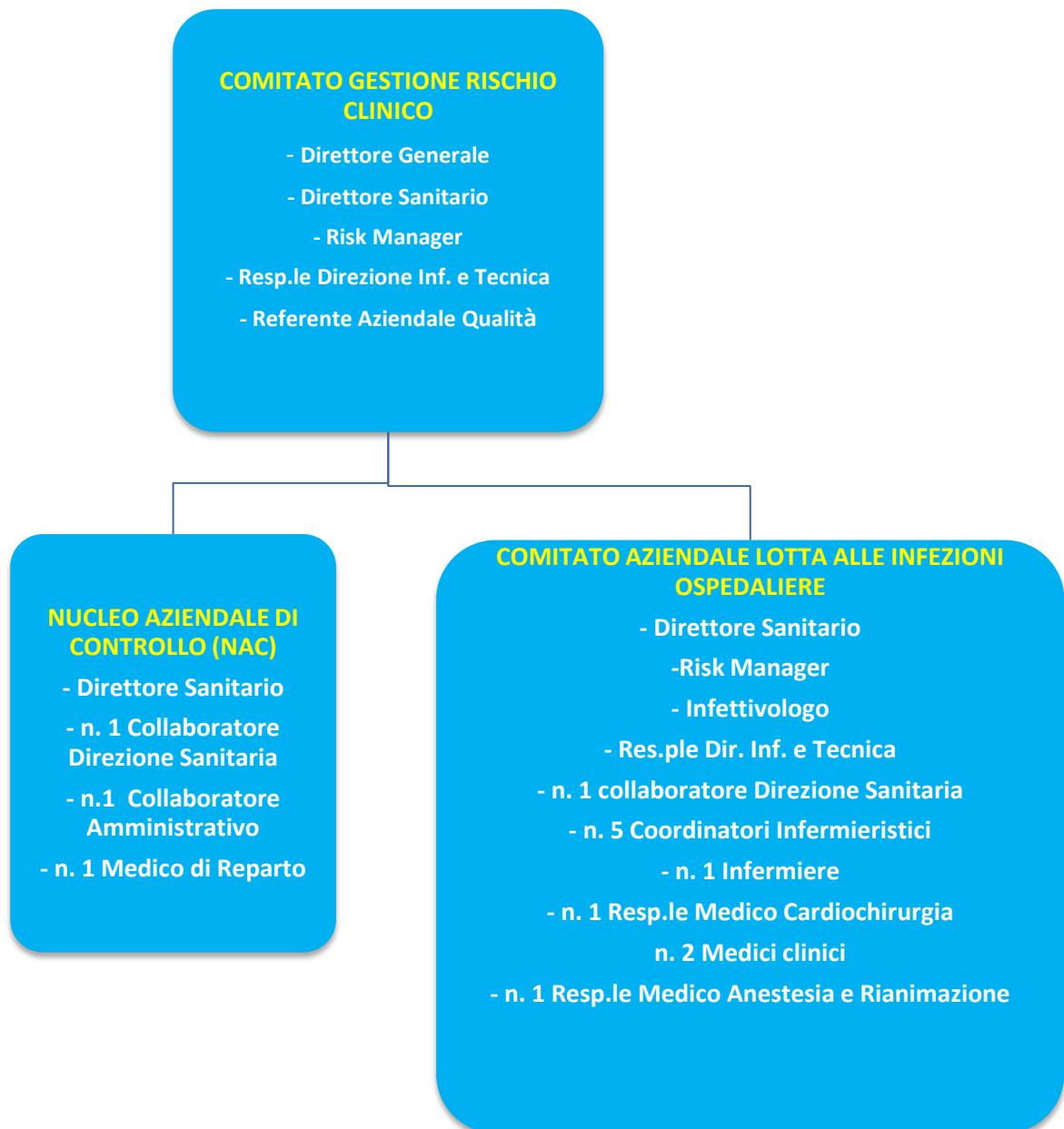
Qui di seguito si riporta una tabella riassuntiva inerente le attività dell'anno 2018.

SPECIALITA'	GG di degenza	N.Pazienti
Dipartimento delle malattie cardiovascolari di interesse medico - chirurgico	8968	1732
Dipartimento di chirurgia neuro-ortopedica e riabilitazione neuro- motoria	9368	1463
Dipartimento chirurgico polispecialistico	137	49

Il personale sanitario afferente a Villa Torri Hospital risulta così suddiviso:

ANNO 2018		
Personale Medico	Contratto Libero Professionale	103
	Tempo Indeterminato	1
Infermieri	Tempo indeterminato	51
	Altro tipo di rapporto	9
Tecnici di Radiologia	Tempo indeterminato	3
	Altro tipo di rapporto	2
Terapisti della riabilitazione	Tempo indeterminato	3
Tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	Altro tipo di rapporto	2
AUS	Tempo indeterminato	19
	Altro tipo di rapporto	3

2. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO A VILLA TORRI HOSPITAL.



3. FONTI INFORMATIVE DI INTERESSE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO PRESSO OSPEDALI PRIVATI.

- Incident Reporting + cadute.
- Farmacovigilanza e dispositivovigilanza.
- Emovigilanza.
- Segnalazione reclami.
- Sinistri.
- Lesioni da decubito.
- Check list di sala operatoria (data base SSCL).

- Infezioni correlate all'assistenza (es. infezioni/sepsi post operatoria, infezione del sito-chirurgico, contenzione).
- Infortuni degli operatori.
- Data base di controllo delle cartelle cliniche.

4. SCHEDE DESCRITTIVE.

SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.

A. INCIDENT REPORTING	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strumentali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (G.U. 4 giugno 2015, n. 127). ▪ Legge di stabilità 2016 (Legge n.208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539). ▪ DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° criterio appropriatezza clinica e sicurezza).
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente, definiti come eventi evitati associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente.</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi, e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni, consente di creare "massa critica" per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di apprendere dall'esperienza, di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>Lo strumento dell'Incident Reporting è da intendersi come uno strumento di apprendimento continuo utile ad implementare azioni di miglioramento, momenti formativi, diffusione di nuove procedure o implementazione/revisione di procedure già esistenti etc e come una possibile spia di allarme di un sistema che ha la capacità di intercettare una parte di eventi avversi.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di	Villa Torri Hospital ha da sempre adottato il metodo dell'Incident Reporting, dapprima attraverso la raccolta di segnalazioni volontarie e

intervento	<p>spontanee di eventi e quasi eventi da parte degli operatori sanitari su apposito documento cartaceo, successivamente attraverso l’inserimento dei dati in un file condiviso e a partire dall’anno 2018 anche attraverso la segnalazione sull’applicazione regionale dell’Incident Reporting : https://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/IncidentReporting/.</p> <p>La cultura del rischio clinico e della importanza delle segnalazioni è oggetto di costante sensibilizzazione nei confronti di tutto il personale.</p> <p>Tra le segnalazioni dell’anno 2018 si rilevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 21 segnalazioni di cadute (su un totale di 18.598 giornate di degenza) : nessuna di questa ha avuto risvolti o ha determinato lesioni permanenti o necessità di provvedimenti terapeutici tali da configurare un evento con necessità di segnalazione. La causa principale è rappresentata dallo scivolamento del paziente (da seduto/posizione eretta); il luogo dove si è registrato il maggior numero di cadute è la camera da letto. ▪ N. 1 mancato incidente ed 1 incidente riferibili a malfunzionamento di dispositivi medici per i quali è stata fatta regolare segnalazione come da normativa vigente; sono stati segnalati n. 2 eventi sentinella.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CADUTE: come in passato particolare attenzione è stata rivolta alla individuazione di interventi per prevenire le cadute del paziente. A questo proposito vengono effettuati al momento del ricovero, da parte del personale infermieristico valutazioni individualizzate attraverso le scale validate al fine di individuare pazienti a rischio di caduta (Scala di Conley). I coordinatori infermieristici hanno partecipato ad un incontro regionale volto alla condivisione e all’applicazione di azioni preventive (La gestione delle cadute accidentali). ▪ In entrambi i casi sono state effettuate le regolari segnalazioni e pur avendo avuto un esito positivo senza conseguenze per i pazienti, sono state oggetto di audit per verificare se tutte le procedure previste fossero state applicate e le ragioni di tali incidenti. Proprio la corretta applicazione delle procedure hanno permesso di evitare danni al paziente.

B. PREVENZIONE DELLE INFEZIONI IN AMBITO ASSISTENZIALE	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie socio-sanitarie (Agenzia Sanitaria Regionale – febbraio 2017). ▪ Linee Guida SICHER sorveglianza delle infezioni de sito chirurgico – 21 novembre 2016. ▪ Deliberazione della Giunta Regionale n. 318 del 25 marzo 2013 “Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo; infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile di antibiotici”. ▪ MEMO n. 7 “ Igiene delle mani”, ASSR-RER – settembre 2011. ▪ Dossier 189/212 “Cure pulite sono cure più sicure” – Rapporto finale

	<p>della campagna nazionale OMS, ASSR-RER (2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie INF-OSS", Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Progetto CCM 2010.
<p>Descrizione dello strumento/flusso informativo</p>	<p>Le infezioni del sito chirurgico sono tra le più frequenti correlate all'assistenza. La Regione Emilia Romagna ha avviato da diversi anni un sistema di sorveglianza regionale denominato SICHER (Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia Romagna); la partecipazione a SICHER rappresenta un requisito per l'accreditamento istituzionale dei reparti chirurgici della Regione.</p> <p>L'obiettivo del sistema è promuovere la riduzione della frequenza delle infezioni del sito chirurgico, attraverso una revisione continua dei risultati raggiunti in ciascuna unità operativa: è noto infatti dalla letteratura che è possibile ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico attraverso una sorveglianza continua con analisi periodica dei dati e con l'adozione di misure efficaci a contenere il rischio.</p> <p>Per facilitare la trasmissione dei dati e migliorare la qualità e la completezza dei dati forniti il flusso informativo regionale le informazioni relative al nominativo del paziente, alla durata del ricovero e alle procedure effettuate deriveranno a partire dall'anno 2017 direttamente dalla scheda SDO, evitando così la duplicazione della raccolta dei dati.</p> <p>La Regione Emilia Romagna coordina il sistema nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico fin dal 2006 cooperando e fornendo dati della casistica italiana al network europeo coordinato da ECDC (European Center for Disease Prevention and Control).</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>RIUNIONI DEL COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO).</p> <p>Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) è un organismo collegiale multidisciplinare a valenza aziendale con il compito di affrontare le problematiche inerenti le infezioni correlate all'assistenza e con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica delle attività.</p> <p>Il CIO contribuisce al conseguimento degli obiettivi aziendali di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni attraverso la definizione di percorsi clinici ed organizzativi e attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni in tutte le strutture dove si erogano prestazioni sanitarie nei confronti dei cittadini.</p> <p>IL CIO ha le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ definire la strategia di lotta contro le infezioni in ambito assistenziale; ▪ verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo dell'efficacia di tali attività; ▪ curare la formazione del personale in tale materia; ▪ coordinare i diversi progetti attivati in ambito aziendale anche in base agli indirizzi della Regione Emilia Romagna per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza con particolare attenzione alle relazioni fra le diverse macrostrutture e strutture aziendali interessate; ▪ curare la produzione di periodici reports oltre che di una relazione

	<p>annuale per la Direzione Sanitaria.</p> <p>Come da prassi consolidata presso Villa Torri Hospital sono stati attuati incontri tra la Direzione Sanitaria ed i Sanitari componenti del CIO; agli incontri, inoltre, partecipa d'obbligo il consulente Infettivologo che collabora con alcune strutture di GVM Care & Research.</p> <p>In occasione delle Riunioni del:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mercoledì 18 luglio 2018 / 13.00-16.00 ▪ Mercoledì 28 novembre 2018 / 13.00-16.00 <p>sono stati affrontati i seguenti argomenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analisi schede infezioni (confronto tra dati semestri precedenti). 2) Progetto SiCHER : gestione follow up. 3) Analisi dei controlli effettuati dalla Direzione Sanitaria sulla corretta indicazione delle profilassi antibiotica in cartella anestesiologicala. 4) Micobatterio Chimaera. <p>In caso di infezioni abbiamo segregato subito il paziente, non solo nei casi di evidente infezione o di dimostrata multiresistenza al trattamento antibiotico acquisita durante cure o degenze nosocomiali, ma anche in via preventiva per preservare possibili trasmissioni a pazienti a rischio di contaminazione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento</p>	<p>A seguito della segnalazione ricevuta dal medico infettivologo circa l'importanza di avere informazioni anche a distanza di 1 anno dall'intervento (artroprotesi di anca e ginocchio, interventi alla colonna vertebrale, artrodesi con mezzi di sintesi, impianto di sostituzione di valvola aortica e bypass aortocoronarico) si valuta la possibilità di inserire nelle lettere di dimissione un'indicazione per il medico curante del paziente affinché, se a distanza di un anno dall'intervento, il paziente dovesse presentare un'infezione possa consultare la struttura e fornire tutte le informazioni necessarie per il follow up.</p> <p>Dopo la segnalazione e gli incontri Regionali avente per oggetto la possibile trasmissione di infezioni da mycobacterium Chiamera in corso di intervento cardiocirurgico conseguente ad una localizzazione di germi nelle apparecchiature utilizzate per il raffreddamento/riscaldamento in corso di intervento, Villa Torri Hospital ha da una parte verificata l'effettiva applicazione delle procedure di disinfezione delle apparecchiature secondo quanto segnalato dalla ditta produttrice negli avvisi di sicurezza, è stata inviata a tutti i pazienti operati presso questa struttura dall'anno 2012 una lettera informativa circa i possibili rischi, le possibili manifestazioni cliniche e la disponibilità a predisporre visite e consulenza specialistiche in caso di manifestazioni sospette.</p> <p>Non sono emersi ai contatti telefonici intercorsi segnalazioni di casi mortali o infezioni collegati al mycobacterium chiamaera.</p> <p>Per le ferite cardiocirurgiche è stata introdotta una nuova tipologia di medicazione, definita "medicazione avanzata". Al fine di ridurre</p>

	l'esposizione della ferita a possibili contagi, viene applicata in sala operatoria e tenuta per 7 giorni.
--	---

C. DISPOSITIVO VIGILANZA	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto 15 novembre 2015 "Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico diagnostici in vitro" – Ministero della Salute. ▪ Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico diagnostici in vitro – Regione Emilia Romagna, maggio 2013. ▪ D.Lgs. 507/92, Art.11 " Attuazione della direttiva 90/385/CEE, concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi". ▪ D.Lgs. 46/97, Artt. 9 e 10 " Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i DM". ▪ D.Lgs. 332/00, Art. 11 "Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro. ▪ Circolare del Ministero della Salute, 27 luglio 2004 "Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici". ▪ Decreto Ministeriale del 15 novembre 2005 "Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni. ▪ Linee Guida sul sistema di vigilanza dei DM, Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea – MEDDEV 2.12-1 rev.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Il Sistema di vigilanza si prefigge di migliorare il livello di protezione e sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, riducendo la possibilità che il medesimo incidente si ripeta in luoghi e tempi diversi. Come previsto dalla normativa, tale obiettivo si persegue attraverso la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel sistema (legale rappresentante, direzione sanitaria, operatori sanitari, fabbricanti etc).</p> <p>Gli operatori sanitari, che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa.</p> <p>La comunicazione è effettuata tramite la Direzione Sanitaria della Struttura.</p> <p>La comunicazione deve essere inoltre inviata al fornitore e al fabbricante.</p> <p>Gli obiettivi della vigilanza sui dispositivi medici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti e tempi successivi; ▪ Permettere la condivisione delle informazioni tra l'AC e i fabbricanti in modo da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel corso dell'anno 2018 sono state effettuate le seguenti segnalazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 1 mancato incidente ed 1 incidente riferibili a malfunzionamento di dispositivi medici per i quali è stata fatta regolare segnalazione come da normativa vigente.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento	Come previsto dal D.Lgs 46/1997 artt. 9 e 10 e dal D.Lgs 502/1997 è stata eseguita la stesura del relativo rapporto inoltrato al Ministero della Salute e alla Regione Emilia Romagna.
--	--

D. GESTIONE DEI SINISTRI

Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DGR Emilia Romagna 2079/2013; ▪ DGR Emilia Romagna 1061/2016; ▪ Linee di Indirizzo Regionali per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in Sanità
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Il Sinistro è una delle specificazioni di cui si compone il macrogruppo degli eventi avversi che coinvolgono ciascuna Struttura Sanitaria. Per sinistro si intende ogni richiesta riferibile a ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività della Struttura.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Durate l'anno 2018 sono pervenute a Villa Torri Hospital le seguenti richieste di risarcimento danni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 1 riferibile ad evento del 2012 ▪ n. 1 riferibile ad evento del 2013 ▪ n. 1 riferibile ad evento del 2015 ▪ n. 2 riferibili ad eventi del 2016 ▪ n. 2 riferibile ad evento del 2017 ▪ n. 1 riferibile ad evento del 2018 <p>Di queste :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ n. 5 riferibili ad esiti di interventi ortopedia/neuro ortopedia della colonna; ▪ n. 3 riferibili ad esiti di chirurgia cardiaca.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<p>Dopo un'analisi di ogni singolo evento con la partecipazione del personale sanitario interessato, della Direzione Sanitaria e del Risk Manager (audit), non sono state individuate cause attribuibili a disfunzioni organizzative o a carenze operative o diagnostiche terapeutiche attribuibili alla struttura. Sono state per altro programmate azioni preventive volte a meglio valutare nei pazienti ricoverati situazioni di criticità dovute, o alle comorbidità del paziente, o alla sua età o alla complessità dell'intervento chirurgico. In tali pazienti, a maggior rischio, si è deciso di attuare un'attenta valutazione e monitoraggio integrando con accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche volte a definire patologie associate non adeguatamente approfondite prima del ricovero. Così prima delle procedure diagnostiche o interventistiche o chirurgiche programmate sono state individuate situazioni a rischio e si è potuto condividere con il paziente e con i familiari il rischio/beneficio dei trattamenti programmati. Sono state pertanto riviste le modalità di ricovero rinviando gli interventi chirurgici dei pazienti a rischio a metà della settimana per permettere un'inquadramento diagnostico più scrupoloso.</p> <p>Inoltre nei pazienti con elevato rischio chirurgico per co-morbidity si è deciso di mantenere i pazienti sotto stretto monitoraggio clinico / emodinamico per un periodo più prolungato prima del trasferimento nel reparto di degenza sub intensiva.</p>

E. LESIONI DA DECUBITO DA COMPRESSIONE

Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale, Regione Emilia Romagna
---------------------------------	---

Descrizione dello strumento/flusso informativo	Scheda di monitoraggio e medicazione delle lesioni da pressione.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Prosegue il monitoraggio delle lesioni da pressione che non risultano essere un problema consistente presso la nostra Struttura in considerazione dell'ambito di utilizzo di dispositivi di prevenzione (materassini antidecubito), del costante modifica delle posture sotto controllo del personale sanitario (infermieri e fisioterapisti) e del trattamento alla prima comparsa di infiammazioni cutanee locali.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	Attualmente non sono previste azioni di miglioramento, ma confermate le attuali attenzioni e prassi operative.

F. RECLAMI / SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delibera di Giunta regionale n. 1943 del 04 dicembre 2017 “ Approvazione requisiti generali per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Il sistema di gestione dei reclami ha come obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotare l’organizzazione di uno strumento atto a rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse dal singolo utente; ▪ Analizzare i reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi. All’interno del processo di ascolto dell’utenza, i reclami rappresentano un momento fondamentale di confronto e, conseguentemente, di crescita dell’organizzazione. ▪ Avere la possibilità di identificare le attività aziendali verso cui insiste il malessere dell’utente, di cui il reclamo può rappresentare l’esplicitazione diretta, consente di ridurre il rischio di accrescere conflittualità che indeboliscono il rapporto fiduciario con la Struttura e i suoi operatori. <p>Il sistema di gestione delle segnalazioni degli utenti rappresenta una delle fonti informative che attengono al tema della gestione del rischio e che possono registrare eventi di interesse e indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.</p> <p>Risulta inoltre strategico un sempre più intenso dialogo tra entrambi i sistemi informativi, in quanto sono strumenti utili per presidiare differenti aspetti della politica aziendale (prevenzione del rischio, implementazione dell’ascolto del cittadino volta alla soluzione di potenziali episodi di contenzioso).</p> <p>I reclami possono essere formalizzati : su apposita modulistica fornita da Villa Torri Hospital all’utente, tramite comunicazione scritta via mail, fax o lettera.</p> <p>I reclami pervengono alla Direzione Sanitaria e/o Generale, a seconda della tipologia si provvede a darne opportuno riscontro previo coinvolgimento delle figure professionali competenti e/o coinvolte.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Le segnalazioni da parte dei pazienti e dei famigliari ha riguardato prevalentemente il servizio di ristorazione.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	

G. EMOVIGILANZA	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge 21 ottobre 2015, n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e delle produzioni nazionali degli emoderivati; ▪ Ministero della Salute, Decreto 2 novembre 2011; disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti; ▪ Delibera Giunta Regionale 222/2010 “Organizzazione del sistema sangue della Regione Emilia Romagna”; ▪ Il buon uso di sangue” – Ministero della Sanità Commissione Nazionale per il Servizio Trasfusionale; ▪ “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” – Ministero della Sanità, raccomandazione n. 5 – marzo 2007; ▪ Decreto Ministeriale 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti; ▪ Linee Guida per il programma di Patient Blood management – Ministero della Salute, 24 ottobre 2016.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Gli obiettivi della corretta emovigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il corretto utilizzo dei sistemi di sorveglianza SISTRA ▪ Il monitoraggio degli eventi sentinella
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Il percorso della corretta e sicura gestione del sangue e di emocomponenti è identificato in apposita procedura condivisa con il Centro Trasfusionale di riferimento.</p> <p>Villa Torri Hospital inoltre partecipa al Comitato Ospedaliero Buon Uso Sangue (COBUS) con lo scopo di uniformare e omogeneizzare i comportamenti delle Strutture Ospedaliere della provincia di Bologna.</p> <p>Presso la Struttura è inoltre presente un emoteca gestita e controllata internamente dal Direttore Sanitario in collaborazione con un referente aziendale dedicato e semestralmente da parte del SIMT di riferimento.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<p>In condivisione con il SIMT dell’Area Metropolitana di Bologna, è stata sottoscritta una nuova convenzione di “cessione di emocomponenti, plasmaderivati e prestazioni di medicina trasfusionale” non più con il SIMT dell’Ospedale Maggiore ma con quello del Policlinico Sant’Orsola Malpighi che consente un più rapido accesso alla fornitura del fabbisogno limitando i rischi connessi al traffico, e alla durata del tragitto dal fornitore a Villa Torri Hospital .</p> <p>Oltre ad aver ottenuto benefici legati alla riduzione dei costi per il trasporto (che prima ci vedeva impegnati al recupero delle sacche presso l’Ospedale Maggiore di Bologna) ci permette di aderire al Progetto Nazionale PBM – Patient Blood Management ossia ad una strategia multidisciplinare che mette al centro la salute e la sicurezza del paziente migliorando i risultati clinici basandosi sulla risorsa sangue dei pazienti stessi. Questo approccio riduce in modo significativo l’utilizzo dei prodotti del sangue, affrontando tutti i fattori di rischio trasfusionale modificandoli ancor prima che sia necessario prendere in considerazione il ricorso alla terapia trasfusionale stessa. I principali obiettivi sono : il miglioramento degli outcome clinici, la prevenzione della trasfusione evitabile e la riduzione dei costi di gestione. In caso di necessità clinica di terapia trasfusionale inoltre Villa Torri Hospital aderisce alla campagna ONLY ONE che prevede la trasfusione di una unità di sangue alla volta e la rivalutazione clinica per successive eventuali trasfusioni.</p>

--	--

Per la valutazione delle azioni intraprese, al fine di correggere errori e rischi per il paziente, in occasione del Riesame della Direzione (attuati semestralmente) si provvede ad individuare eventuali discostamenti rispetto agli obiettivi di miglioramento prefissati in precedenza .

In caso di valutazioni non soddisfacenti si predispongono ulteriori azioni preventive e correttive per ottenere un risultato efficace.