

**Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli  
obiettivi prefissati nel piano programma per la Gestione del Rischio Clinico  
Anno 2019**

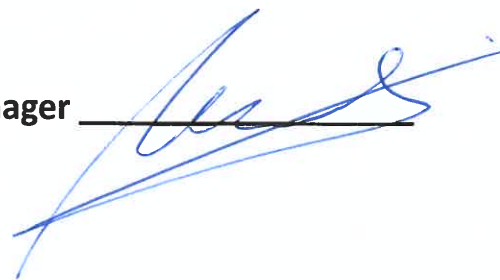
**Sommario**

1. Premessa .....	2
2. Elementi di contesto .....	2
3. Dati di attività e di produzione .....	3
4. Assetto organizzativo relativo alla sicurezza delle cure .....	4
5. Monitoraggio attività .....	5
5.1 Sviluppo della cultura del rischio clinico .....	6
5.2 La gestione degli eventi avversi, quasi eventi e eventi sentinella .....	8
5.3 La gestione dei dispositivi medici .....	9
5.4 La farmacovigilanza .....	10
5.5 L'emovigilanza .....	10
5.6 La gestione dei sinistri .....	11
5.7 La gestione dei reclami .....	11
5.8 La gestione delle attività per la prevenzione delle cadute .....	12
5.9 Il monitoraggio dell'applicazione della check-list di sala operatoria .....	13
5.10 Il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza .....	13
5.11. La prevenzione delle lesioni da pressione .....	15
5.12. Il monitoraggio della contenzione fisica .....	16
5.13. Il monitoraggio degli infortuni .....	16
5.14 Lo stato di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nella nostra struttura .....	17

Data

2/3/2020

Firma Risk Manager



## **1. Premessa**

La sicurezza del paziente è una dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

La strutturazione di un "modello" di analisi globale e di gestione efficace del rischio che permetta di garantire interventi mirati a prevenire e/o ad evitare l'accadimento di eventi e/o il ripetersi di errori o quasi errori è da ritenere un momento imprescindibile per migliorare i livelli qualitativi di salute e sicurezza di ogni comparto produttivo.

Un efficiente sistema di gestione del rischio può aumentare i livelli di sicurezza influenzando positivamente i risultati, oltre che in termini di costi umani e di immagine, anche in termini economici migliorando il benessere organizzativo.

La presente relazione redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017 intende rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nel 2018, utilizzando il sistema di incident reporting, e le azioni correttive e di miglioramento implementate.

## **2. Elementi di contesto**

La Casa di Cura Prof. Nobili fu fondata agli inizi degli anni 50 dal Prof Umberto Nobili, chirurgo bolognese assai noto all'epoca, e trasformata poi in Società per Azioni nel 1956.

Nonostante le ridotte dimensioni e la collocazione geografica, sull'appennino tosco-emiliano proprio al confine tra Emilia Romagna e Toscana, nel corso dei decenni la Casa di Cura si è profondamente trasformata ed ampliata diventando una moderna ed efficiente struttura polispecialistica, perfettamente integrata nella rete dei servizi sanitari locali ed in grado di offrire prestazioni sanitarie di alto livello rivolte ad un bacino di utenza che comprende principalmente l'Emilia Romagna e la Toscana.

**Ospedale Privato Accreditato**

Dal dicembre 2017 la Casa di Cura prof. Nobili è entrata a fare parte del gruppo Garofalo Health Care SpA, una delle più importanti società attive nel comparto della sanità privata accreditata italiana. L'ingresso nel Gruppo G.H.C. aiuterà sicuramente la crescita economica e professionale della Casa di Cura, permettendole di guardare al futuro con maggiore serenità e mantenendo immutata la Mission Aziendale fin qui seguita.

Obiettivo principale rimane il consolidamento ulteriore dello stretto legame con il territorio che ha sempre caratterizzato l'attività della struttura e che l'ha portata a svolgere l'importante funzione di "Ospedale di Zona"

La Casa di Cura Prof. Nobili promuove la Gestione del Rischio Clinico, attraverso la stesura di un documento programmatico annuale (Piano Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure-PPSC), nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative, finalizzate alla riduzione degli errori, possa portare vantaggi, tra i quali:

- aumentare la sicurezza del paziente e contestualmente la tutela degli operatori;
- migliorare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'immagine della struttura;
- sviluppare la cultura dell'imparare dall'errore per mettere in atto misure efficaci di prevenzione degli errori;
- contenere i costi assicurativi.

### 3. Dati di attività e di produzione

La struttura ospedaliera dispone di 86 posti letto per ricoveri di diagnosi e cura, offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery ed è strutturata in Unità Operative e Servizi.

La Casa di Cura Prof. Nobili è così strutturata:

Unità Operative	Servizi
Chirurgia generale	Diagnostica per immagini
Ortopedia e traumatologia	Punto Prelievi
Medicina generale e lungodegenza	CAL (Centro Dialisi ad Assistenza Limitata)
	PPI (Punto di Primo Intervento) e postazione ambulanza
	Poliambulatorio

Ospedale Privato Accreditato

L'attività della Casa di Cura nel 2019 può essere così riassunta:

1084 ricoveri in Medicina e Lungodegenza

1324 interventi di Ortopedia

793 interventi di Chirurgia Generale

3400 accessi al Punto di Primo Intervento

46000 prestazioni Ambulatoriali

Nella struttura prestano servizio circa 86 operatori dipendenti oltre a più di 50 liberi professionisti che lavorano in sinergia per soddisfare le esigenze dei nostri utenti.

#### 4. Assetto organizzativo relativo alla sicurezza delle cure

Il gruppo per la Gestione del Rischio Clinico è così composto:

Francioli Niccolò	DS – Risk Manager
Stefan Dana Elena	Referente Risk Management
Tanase Gabriela	RAQ
Parazza Isabella	Biologa R.L.S.
Baldi Elisa	Infermiera Sala Operatoria
Lo Presti Costantino Loredana	Medico UO Medicina Lungodegenza
Sperati Gianluca	Medico Responsabile UO Ortopedia
Mennini Giulia	Infermiera UO Medicina Lungodegenza
Kapron Beata	Infermiera UO Chirurgia Ortopedia
Morganti Martina	CTSRM

L'attuale assetto organizzativo della nostra struttura per la gestione del Rischio Clinico trova la sua definizione e origini con l'implementazione di un programma sperimentale di Risk Management nel 2003 con la formazione di referenti per la gestione del rischio, utilizzo della scheda di segnalazione spontanea degli eventi e emanazione di una procedura interna.

Il Risk Manager è il Direttore Sanitario coadiuvato dai referenti della struttura.

Le funzioni del Risk Manager in capo al Direttore Sanitario, prevedono:

- ✓ l'elaborazione e l'aggiornamento periodico del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e la sua presentazione alla Direzione Generale;
- ✓ il coordinamento operativo per il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi declinati nella programmazione annuale del Piano Programma aziendale;

**Ospedale Privato Accreditato**

- ✓ la gestione degli Eventi Sentinella comprensiva dell'analisi dei singoli eventi, l'assolvimento del relativo debito informativo regionale e ministeriale (SIMES) comprensivo della compilazione delle schede B e C;
- ✓ il supporto e la supervisione delle attività dei referenti del rischio;
- ✓ la verifica di tutte le procedure afferenti all'area del rischio
- ✓ il mantenimento e la promozione della cultura patient safety aziendale e la competence dei referenti del rischio.

Le funzioni delegate ai Referenti del Rischio prevedono:

- ✓ la promozione e la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori anche favorendo le segnalazioni spontanee degli eventi e dei near miss attraverso il sistema dell'Incident Reporting e degli eventi clinici avversi secondo le modalità previste dalla procedura interna,
- ✓ Il monitoraggio e la raccolta delle segnalazioni
- ✓ l'invio attraverso il flusso ministeriale SIMES,

Il Comitato per la Gestione del Rischio Clinico si incontra almeno due volte all'anno e ha come obiettivi:

- ✓ analizzare le segnalazione pervenute di "eventi avversi" o "quasi eventi";
- ✓ individuare le criticità più o meno latenti;
- ✓ individuare gli strumenti e suggerire le azioni preventive e correttive per ridurre il rischio e per evitare, per quanto possibile, il ripetersi degli eventi;
- ✓ approfondire gli aspetti del contenzioso legale;
- ✓ analizzare i dati dei reclami pervenuti;
- ✓ monitorare ed aggiornare la mappatura delle situazioni di rischio nelle varie UO/Servizi con la conseguente analisi e gestione dei dati emersi e con l'individuazione delle priorità di intervento;
- ✓ proporre delle azioni formative

## **5. Monitoraggio attività**

Durante il 2019, partendo da quanto previsto dal Piano-programma triennale per la Sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio Clinico, sono state programmate e sviluppate alcune strategie di intervento ed attività per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità delle prestazioni.

Il monitoraggio delle attività riguarda le seguenti aree:

1. Sviluppo della cultura del rischio clinico

Ospedale Privato Accreditato  
✓ formazione  
✓ visibilità

2. La gestione degli eventi avversi, quasi eventi e eventi sentinella
3. La gestione dei dispositivi medici
4. La farmacovigilanza
5. L'emovigilanza
6. La gestione dei sinistri
7. La gestione dei reclami
8. La gestione delle attività per la prevenzione delle cadute in ospedale e a domicilio
9. Il monitoraggio dell'applicazione della check-list di sala operatoria
10. Il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza
11. La prevenzione delle lesioni da pressione
12. Il monitoraggio della contenzione fisica
13. Il monitoraggio degli infortuni

Nell'ambito del Comitato del Rischio Clinico afferiscono anche i dati e le eventuali azioni degli altri comitati riguardanti sempre la sicurezza delle cure (CIO, SPP, Gestione del dolore, Gestione della Lungodegenza...).

I risultati delle attività di questi comitati vengono discussi e analizzati durante gli incontri periodici previsti, vengono condivisi con i coordinatori e i responsabili durante il Riesame di Direzione e sono punti di riferimento per la programmazione prossima.

### **5.1 Sviluppo della cultura del rischio clinico**

Come previsto dal piano di formazione triennale 2017-2019 sono stati effettuati vari corsi per la Gestione del Rischio e il miglioramento delle cure

Durante le riunioni con il personale, le riunioni del comitato per la gestione del rischio clinico e durante il riesame della direzione vengono comunicati e discussi i risultati per ogni gruppo di interesse e vengono pianificate le ulteriori attività.

L'attività di formazione e aggiornamento sui temi richiamati ha visto, negli anni, il coinvolgimento di un numero crescente di professionisti rappresentativi di tutte le UO/Servizi, contribuendo quindi ad una capillare sensibilizzazione degli operatori.

**Ospedale Privato Accreditato**

Nella tabella sotto indicata si possono vedere una parte degli eventi formativi e il numero di operatori che hanno effettuato i corsi.

<b>Corso</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Batti il 5: buona pratica dell'igiene delle mani	7 operatori	5 operatori			17 operatori
Gestione della mobilitazione del paziente in ospedale		21 operatori			
Gestione delle linee venose	7 operatori	11 operatori			
Il programma nazionale esiti: audit clinico	5 operatori				
La gestione del rischio clinico		30 operatori			
Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale			24 operatori		
L'aderenza alla terapia farmacologica			30 operatori	5 operatori	
Le infezioni urinarie			8 operatori	4 operatori	
L'infezione da virus Zika			4 operatori		
Le vaccinazioni			28 operatori	6 operatori	
La ricerca clinica			23 operatori		
Stomie intestinale, gestione del paziente			31 operatori	5 operatori	
Morbillo e rosolia				28 operatori	
La gestione del rischio clinico				38 operatori	
L'elettrocardiogramma: interpretazione e lettura				15 operatori	
Sicurezza informatica nelle realtà aziendali				55 operatori	
Aggiornamento per lavoratori in tema di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi degli art.37 e del Dlgs 81/2008 e s.m.i.				68 operatori	
Corso di aggiornamento per preposti e dirigenti				20 operatori	
Influenza e anziani: impatto epidemiologico				22 operatori	

**Ospedale Privato Accreditato**

Corso	2015	2016	2017	2018	2019
Proteggere dall'influenza con la vaccinazione				32 operatori	6 operatori
Comunicazione efficace e umanizzazione delle cure				45 operatori	
Prevenire, riconoscere e disinnescare l'aggressione contro gli operatori sanitari					10 operatori
La contenzione meccanica nei setting di cura ed assistenza					3 operatori
Sicurezza sul lavoro rischio alto					21 operatori
Linee di indirizzo regionale sulla prevenzione delle lesioni da pressione					25 operatori
Aggiornamento sicurezza sul lavoro-rischio biologico, rischio da sovraccarico biomeccanico e gestione emergenze					75 operatori
Formazione sull'uso del HSE 130 (Voluven)					51 operatori

## 5.2 La gestione degli eventi avversi, quasi eventi e eventi sentinella

La gestione degli eventi avversi, quasi eventi e eventi sentinella avviene attraverso l'applicazione della PSAN 26 che prevede il coinvolgimento di tutto il personale, l'utilizzo della scheda regionale di segnalazione degli eventi e la trasmissione delle schede alla Regione.

E prevista la trasmissione degli eventi sentinella al Ministero della Salute tramite il flusso SIMES.

### Schede di segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi

Tipo evento	Anno			
	2016	2017	2018	2019
Altro	2	9	7	2
Inadeguata procedura terapeutica	2	1		
Malf./malposiz. Di disposit/apparecchio		4	3	
Inesattezza di paziente/lato/sede		3	5	4
Mancata procedura chir. Inadeguata procedura diagnostica		1	3	5
Ritardo di presriz./somm. Farmaco		1		
Inadeguata prescriz./somm. di farmaco		1	8	3
Ritardo prest. Assist.	1		1	7
Inadeguata prest. Assist.	1		2	
Mancata prestazione assistenziale				1
Mancata prescriz./somm. farmaco			1	



**Ospedale Privato Accreditato**

Reazione da farmaci				1
Ritardo procedura diagnostica			3	
Mancata procedura diagnostica			1	
<b>Nr. segnalazioni</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>23</b>

Il numero di segnalazioni è diminuito a 23 ma l'attenzione alla segnalazioni degli eventi avversi rimane sempre alta da parte degli operatori.

Nel 2019 c'è stata la segnalazione di un evento avverso riguardante la mancanza di segnalazione del lato sede del III raggio mano sinistra di una paziente. Lo specialista si è accorto dell'errore alla visita di controllo quando programma l'intervento giusto.

In seguito a questa segnalazione è stato effettuato un'analisi dell'evento che riconduce alla conclusione che è stato un evento isolato da attribuire alla frettezza dello specialista, la ridotta mancanza di comunicazione fra gli operatori e l'applicazione superficiale delle procedure in essere.

Le azioni di miglioramento messi in atto riguardano:

- ✓ un incontro informativo con tutti gli operatori di sala operatoria e i professionisti per ripassare le procedure di identificazione lato e sede, applicazione della check list di sala operatoria e la gestione del rischio clinico, rammentando e stressando il fatto che i processi devono essere svolti con i regolari e necessari tempi al fine di garantire la sicurezza delle cure,
- ✓ promuovere la comunicazione tra professionisti e lo scambio di competenze,
- ✓ la presenza continuativa della RAQ per un periodo di tempo definito nella sala operatoria per divulgare in pratica e verificare la puntuale applicazione della check list di sala operatoria e delle procedure in essere, successivi controlli random a sorpresa, eventuali revisioni del comitato del rischio clinico.

Non sono stati segnalati episodi di violenza contro gli operatori, per la segnalazione di questi viene utilizzata apposita scheda.

### 5.3 La gestione dei dispositivi medici

Dispositivo medico - qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.

Per la gestione dei dispositivi medici la Casa di Cura ha predisposto varie procedure: PGEN 06 Gestione del sistema informativo, PGEN 07 Gestione degli approvvigionamenti, PGEN 03 Gestione delle apparecchiature, PGEN 10 Qualifica dei fornitori.

Il personale conosce e applica le procedure in essere, con attività di manutenzione e controllo delle apparecchiature, partecipa al collaudo dei nuovi dispositivi, segnala le eventuali criticità e non conformità.

**Ospedale Privato Accreditato**

Nel 2019 sono stati fatti investimenti in attrezzature (ambulanza, ecografo, lava endoscopi, ecc) e strutturali (adeguamento servizi igienici di reparto, ecc) finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale e della sicurezza per pazienti e operatori sanitari.

#### 5.4 La farmacovigilanza

La farmacovigilanza consiste in tutte quelle attività legate alla scoperta, alla valutazione, alla comprensione e alla prevenzione degli eventi avversi e di altre problematiche derivanti dall'assunzione di farmaci.

Per la gestione dei farmaci vengono applicate le procedure PSAN 14 "Gestione dei Farmaci e stupefacenti" e la PSAN 38 "Ricognizione, prescrizione, preparazione, somministrazione e registrazione della terapia" con utilizzo del Foglio Unico di Terapia.

Per adempiere alle raccomandazioni ministeriale sono state aggiornate le procedure PSAN 14 per inserire la gestione dei farmaci LASA e farmaci FALA, e la PSAN 38 per inserire la ricognizione e la riconciliazione della terapia.

Esiste un'istruzione operativa specifica per "La gestione in sicurezza dei Sali concentrati di Potassio"-IOSAN14 02.

Non sono stati segnalati effetti avversi da farmaci.

C'è stata una reazione avversa di minima entità (vomito, malessere) al mezzo di contrasto in risonanza, segnalata con la scheda di risk management.

Alla Responsabile dell'armadio farmaceutico arrivano le comunicazioni provenienti da AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e da EMA (Agenzia Europea dei Medicinali) che provvede a inoltrare ai Responsabili delle Unità Operative.

Come richiesto dall'Agenzia Europea dei Medicinali dal 16 aprile 2019, sono stati formati 51 operatori sanitari all'uso appropriato di soluzioni contenenti amido idrossietilico, corso obbligatorio per chi prescrive, fornisce e somministra le soluzioni per infusione. Il corso è stato messo a disposizione dalla ditta fornitrice Copag. La formazione è prevista anche per i nuovi operatori sanitari.

#### 5.5 L'emovigilanza

La gestione degli emocomponenti avviene attraverso l'applicazione delle procedure interne per la corretta gestione degli emocomponenti e la procedura PO3 SIMT AMBO "Gestione della terapia trasfusionale", IO19SIMT AM BO "Consegna e trasporto emocomponenti", P12 SIMT AM BO "Emovigilanza" elaborate dal Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Maggiore di Bologna, in quanto Servizio di riferimento per la nostra struttura. Il SIMT provvede a inviare i vari documenti aggiornati alla referente della nostra struttura che a sua volta gira la documentazione a tutto il personale interessato.

La Casa di Cura partecipa periodicamente agli incontri organizzati dal Servizio Trasfusionale per il Comitato per il Buon Uso del Sangue (COBUS) del Azienda USL di Bologna.

Nel 2019 è stata effettuata una visita ispettiva da parte del SIMT AM Bologna con l'obiettivo di:

- ✓ Verificare lo stato delle attrezzature della frigoemoteca
- ✓ Controllare la tenuta dei registri
- ✓ Controllare il corretto funzionamento allarme acustico della frigoemoteca
- ✓ Controllare la gestione delle unità di emazie e loro movimentazione
- ✓ Verificare una cartella clinica.

**Ospedale Privato Accreditato**

La visita ispettiva non ha evidenziato delle criticità.

Recepita e diffusa la nuova revisione della PO3 SIMT AMBO e i suoi allegati a dicembre 2018 risulta correttamente applicata da tutto il personale. I registri anche se diversi da quelli del SIMT contengono tutte le informazioni richieste.

## 5.6 La gestione dei sinistri

Nel caso di richiesta di risarcimento danni la Direzione Generale in collaborazione con la Direzione Sanitaria valuta la richiesta pervenuta, effettuando una prima analisi della relativa documentazione sanitaria al fine di valutare l'accaduto. La richiesta di risarcimento viene entro 5 giorni inviata con raccomandata A/R alla Compagnia Assicurativa ed ai sanitari coinvolti. Successivamente, viene richiesta agli operatori sanitari coinvolti la redazione di una relazione clinica dettagliata, che viene poi trasmessa alla compagnia assicurativa insieme alla relazione della Direzione. Ogni anno la direzione Generale richiede alla Compagnia Assicurativa un report sullo stato di ogni singola richiesta.

Nonostante le richieste di risarcimento siano aumentate negli ultimi due anni, si ritiene che il dato sia comunque positivo in considerazione dell'andamento del numero dei sinistri per le strutture ospedaliere italiane (rapporto Med-mal Marsh 2017).

Anno	N° sinistri	In corso	Respinti	Liquidati	Importi liquidati €
2019	5	5	-	-	-
2018	4	4	-	-	-
2017	4	2	-	2	152.458
2016	5	1	1	3	63.500
2015	1	-	-	1	8.500
2014	3	-	3	1	8.108
2013	4	-	3	1	38.200
2012	2	-	1	1	18.630

## 5.7 La gestione dei reclami

La Casa di Cura effettua il monitoraggio costante della soddisfazione del utenza attraverso la somministrazione di questionari volti non solo a indagare sulla qualità percepita dagli utenti ma anche per valutare altri indicatori.

L'analisi dei questionari ha evidenziato una generale soddisfazione degli utenti; i suggerimenti forniti sono stati presi in carico dal management per azioni di miglioramento laddove necessario.

La gestione dei reclami prevede la tempestiva trasmissione del reclamo dalla UO ricevente alla Direzione Generale e/o Direzione Sanitaria. Il reclamo viene analizzato, coinvolgendo le UO coinvolte e la parte segnalante. La PSAN 08 "Garanzia dei diritti degli utenti" descrive le attività di gestione dei reclami e dei sinistri.

La Direzione Generale gestisce direttamente i reclami ed annualmente redige un report con l'indicazione degli eventuali provvedimenti adottati e con la valutazione del cittadino sulla risposta ricevuta attraverso il quale annualmente viene rilevato un indicatore che oltre a monitorare il

**Ospedale Privato Accreditato**

numero dei reclami ricevuti, mette in evidenza la percentuale di reclami che hanno ricevuto dal cittadino un feedback positivo sulle risposte ricevute.

### Rilevazione reclami

ANNO	NR. RECLAMI	RECLAMI CON VALUTAZIONE FINALE POSITIVA DELL'UTENTE
2019	13	1
2018	5	3
2017	4	3
2016	1	1
2015	2	-
2014	3	2

### 5.8 La gestione delle attività per la prevenzione delle cadute

La nostra struttura ha messo in atto una serie di attività volte a prevenire le cadute sia in ospedale che a domicilio, con una particolare cura all'educazione dei pazienti e caregiver. Viene applicata da tutto il personale la Procedura interna PO 57 che è stata revisionata seguendo le Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione delle cadute, in seguito al progetto regionale a cui la nostra struttura ha aderito.

La casa di cura ha elaborato un Piano Programma triennale per la gestione e prevenzione delle cadute.

Viene fatta una valutazione del rischio caduta del paziente ma anche dei fattori di rischio ambientali e vengono attuate una serie di attività volte a ridurre il rischio come descritto nella specifica procedura ed è stata revisionata la scheda di valutazione in base ai nuovi quesiti .

Sono state effettuate delle azioni di miglioramento del fattore di rischio ambientale come il rifacimento ed ampliamento dei servizi igienici di alcune camere di degenza.

Continua anche l'azione di miglioramento che prevede entro il 2020 la sostituzione di tutti i letti di degenza con letti elettrici ad altezza variabile; azione orientata sia al miglioramento delle cure ed al benessere fisico del paziente (prevenzione delle cadute), che alla prevenzione delle patologie della colonna vertebrale per gli operatori sanitari addetti all'assistenza.

Nel 2019 non sono state segnalate cadute con danno grave al paziente.

Anno	Nr. Segnalazioni cadute
2019	19
2018	31
2017	30
2016	30
2015	32
2014	32

Come si evince dal report, il numero delle cadute è diminuito.

**Ospedale Privato Accreditato**

La procedura per la gestione delle cadute prevede la segnalazione delle cadute dei pazienti ricoverati, degli utenti ambulatoriali, dei visitatori, parenti e caregiver.

Non sono state segnalate cadute per queste categorie di utenti.

Report cadute inviato alla Regione:

<b>Anno 2019</b>		<b>Degenza ospedaliera</b>
Numero totale di cadute di degenti		<b>19</b>
Numero totale di cadute di degenti con esito nessun danno		<b>16</b>
Numero totale di cadute di degenti con esito da minore a moderato		<b>3</b>
Numero totale di cadute di degenti con esito da significativo a severo		<b>0</b>
Numero totale giornate di degenza a livello di struttura aziendale		<b>14433</b>
<b>Anno 2019</b>		<b>Outpatient (non degenti)</b>
Numero totale di cadute di assistiti (non degenti)		<b>0</b>
Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito nessun danno		<b>0</b>
Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito da minore a moderato		<b>0</b>
Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito da significativo a severo		<b>0</b>

### **5.9 Il monitoraggio dell'applicazione della check-list di sala operatoria**

La Casa di Cura prosegue nell'utilizzo di check list di sala operatoria già messo in atto nel 2016 in ottemperanza delle indicazioni ministeriali in vigore.

A giugno è stato fatto un audit per verificare l'applicazione della procedura per la gestione dell'attività di sala operatoria. Non sono stati rilevati delle non conformità, solo alcune osservazioni che prevedono l'aggiornamento di alcuni documenti in assenza però di modifiche sostanziali.

In seguito alla segnalazione di un evento avverso a dicembre in sala operatoria, dall'analisi dell'evento si è evinto che la check-list viene applicata in modo frettoloso, per cui si è provveduto a porrate avanti delle azioni di formazione e miglioramento (vd. Paragrafo 5.2)

La struttura sta portando avanti la progressiva informatizzazione del percorso terapeutico, nella quale rientra anche le informatizzazione della check list di sala operatoria (attualmente gestita manualmente) la cui informatizzazione è prevista insieme al progetto SIGLA che sarà presumibilmente operativo entro il del 2020.

### **5.10 Il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza**

La Casa di Cura ha istituito da tempo il Comitato per le Infezioni Ospedaliere che si occupa della raccolta e l'analisi degli indicatori specifici, del monitoraggio della ferita chirurgica, della diffusione e divulgazione delle informazioni raccolte durante le riunioni. Il CIO si riunisce almeno due volte all'anno.

**Ospedale Privato Accreditato**

Durante le riunioni vengono analizzati i dati raccolti, discussi i risultati e proposte azioni correttive e/o migliorative.

La Casa di Cura è stata una delle prime strutture della Regione Emilia Romagna ad aderire alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico attraverso l'invio dei dati al flusso regionale SICH-ER. La Regione ci invia periodicamente i report che vengono poi discussi durante le riunioni del CIO.

Il flusso regionale come anche il monitoraggio interno dimostra un tasso di infezioni bassissimo, quasi zero.

Viene effettuato un follow up a distanza di 90 giorni tramite chiamata telefonica per gli interventi di ernia inguinale che risulta molto apprezzata dai pazienti/utenti e continua il monitoraggio della ferita chirurgica per gli interventi previsti come indicatore delle UO di Chirurgia e Ortopedia.

**Dati CIO**

2019	Richieste	Positive	Intraospedaliere	Nr. ricoveri (no DH)	% infezioni
Urinoculture	43	23	1	1868	<b>0,21%</b>
Emoculture	32	11	2		
Coproculture	19	2	0		
Antigeni urinari	31	2 (no Legionella)	0		
Tamponi	6	4	0		
Clostridium	11	2	0		
Totale	142	44	3+1 protesi		

2018	Richieste	Positive	Intraospedaliere	Nr. ricoveri (no DH)	% infezioni
Urinoculture	34	19	4	1735	<b>0,34</b>
Emoculture	20	6	1		
Coproculture	7	0	0		
Antigeni urinari	29	5	0		
Tamponi	21	8	0		
Clostridium	9	2	0		
Totale	120	40	5+1 protesi		

2017	Richieste	Positive	Nella struttura	Nr. ricoveri (no DH)	% infezioni
Urinoculture	65	29	10	1854	<b>0,81%</b>
Emoculture	40	12	1		
Coproculture	25	5	0		
Antigeni urinari	31	6	0		
Tamponi	9	3	1		
Clostridium	19	4	2		
Totale	189	59	14+1 protesi		

Continuano le misure di prevenzione contro la Legionella come previste dal documento di valutazione dei rischi.

A dicembre 2019 dopo lavori di ristrutturazione di alcuni servizi igienici nei reparti di degenza è stata rilevata una positività alla legionella in uno dei 12 campioni prelevati. Successivamente sono stati effettuati prelievi di controllo che hanno dato esito negativo. Il responsabile per la gestione del rischio Legionella ha comunque deciso di provvedere alla completa sostituzione dell'impianto di trattamento dell'acqua sanitaria con biossido di cloro. I lavori sono iniziati nel mese di novembre e termineranno entro il mese di marzo 2020.

#### 5.11. La prevenzione delle lesioni da pressione

Il piano assistenziale prevede una attenta valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti attraverso l'utilizzo della scala di Braden, con attuazione di interventi mirati alla prevenzione e/o miglioramento delle lesioni da pressione e alla mobilitazione dei pazienti, con utilizzo dei presidi adeguati per la prevenzione delle LDP. Viene applicata la procedura PSAN 10 "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". Vengono raccolti e analizzati gli indicatori e monitorati gli esiti.

La nostra struttura ha aderito al progetto regionale per l'adeguamento alle Linee di indirizzo regionale per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione, che ha visto la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'aggiornamento della procedura interna e la formazione di tutto il personale. Sono stati revisionati i vari moduli per la valutazione del rischio e le medicazioni delle LDP. E' in corso di aggiornamento la procedura interna.

I dati raccolti sono da considerarsi negli standard.

Anno	Nr. LDP insorte/totale pazienti
2019	7/1084
2018	7/636
2017	5/706
2016	5/630
2015	7/623
2014	3/683

Ospedale Privato Accreditato

### 5.12. Il monitoraggio della contenzione fisica

Il monitoraggio della contenzione fisica avviene attraverso l'applicazione della PSAN 35 ed è un indicatore monitorato dell'UO Medicina Lungodegenza.

La procedura prevede che la contenzione venga utilizzata solo nei casi effettivamente necessari per la salvaguardia della persona assistita. La contenzione è assimilabile ad una pratica terapeutica per cui ha bisogno di una valutazione dell'equipe professionale, di una prescrizione medica, deve essere documentata nella cartella clinica e monitorata nel tempo.

La nostra struttura anche per questo argomento come per tutti gli altri progetti ha aderito al progetto regionale "La contenzione meccanica nei setting di cura ed assistenza" che ha comportato alla creazione di un gruppo multidisciplinare con il compito di aggiornare la procedura interna e informare/formare gli operatori e i caregiver.

E' stato messo in atto un monitoraggio continuo dei mezzi di contenzione e le misure di scontenzione attuate. Da evidenziare che la nostra struttura come mezzi di contenzione utilizza solo le sponde al letto, che, se sono chieste dal paziente non sono più mezzo di contenzione.

### 5.13. Il monitoraggio degli infortuni

Particolare attenzione è stata data alla promozione della cultura della sicurezza sul lavoro, dando piena applicazione a quanto previsto dal Dlgs 81/2008 in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro e di formazione ed aggiornamento del personale. L'obiettivo è la creazione di un ambiente di lavoro il più possibile sicuro per il personale addetto, in modo da favorire sia il benessere degli operatori che un miglioramento della qualità delle cure.

Ogni anno in sede di Riunione Annuale del Servizio di Prevenzione e Protezione, viene effettuata una attenta analisi degli infortuni occorsi nel corso dell'anno.

L'analisi dell'andamento degli infortuni sul lavoro nel 2019 descrive un peggioramento sia in termini numerici che qualitativi. Sono aumentati sia il numero degli infortuni, sia le giornate di assenza dal lavoro. Sono stati due infortuni con rischio biologico senza giorni di assenza.

Dall'analisi degli infortuni questi sono da attribuire a comportamenti pericolosi durante il lavoro che ha comportato il richiamo verbale degli operatori, ulteriore formazione/informazione sui comportamenti da adottare e procedure da rispettare.

Come previsto dal Sistema di Gestione per la Sicurezza sul Lavoro sono stati monitorati anche i quasi infortuni/incidenti, che per il 2019 sono pari a 3.

Anno	Totali infortuni	Infortuni con rischio biologico	Incidenza rischio biologico	Giorni di assenza
2019	5	2	40%	99
2018	2	1	50%	6
2017	5	1	20%	8
2016	5	3	60%	22
2015	7	2	29%	43
2014	8	1	13%	124



Ospedale Privato Accreditato

#### 5.14 Lo stato di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nella nostra struttura

Nel corso degli anni, anche al fine di soddisfare quanto richiesto dalle linee guida regionali afferenti all'area della sicurezza delle cure in tema di recepimento delle raccomandazioni Ministeriali, sono state elaborate/revisionate le seguenti procedure/istruzioni operative:

- **Raccomandazione n. 1 "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio"**
  - ✓ IOSAN14 02 "Istruzione operativa per la gestione in sicurezza dei Sali concentrati di potassio".
- **Raccomandazione n. 2 "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"**
  - ✓ Aggiornamento della procedura interna PSAN29 "Attività di sala operatoria" con l'inserimento di un capitolo per la prevenzione della ritenzione di garze , strumenti o altro materiale sanitario all'interno del sito chirurgico.
- **Raccomandazione n. 3 "Corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura"**
  - ✓ E' stata aggiornata la procedura PSAN 03 "Identificazione del paziente, del sito e della procedura chirurgica", Rev. 2
- **Raccomandazione n. 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"**
  - ✓ Nella nostra struttura viene applicata la PO3 SIMT AMBO "Gestione della terapia trasfusionale del Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Maggiore di Bologna. E' in aggiornamento la nostra procedura interna PSAN 23 "Gestione delle Trasfusioni"
- **Raccomandazione n. 7 "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica"**
  - ✓ Sono state aggiornate le procedure interne PSAN 14 "Gestione dei farmaci e stupefacenti" e la PSAN 38 "Ricognizione, Prescrizione, Preparazione, Somministrazione e Registrazione della terapia"
- **Raccomandazione n. 8 "Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari"**
  - ✓ E' stata elaborata l'istruzione IOSAN26 01" Istruzione operativa per la Prevenzione e gestione della violenza a danno degli operatori sanitari"
- **Raccomandazione n. 9 "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"**
  - ✓ Aggiornata la procedura interna PGEN 03 "gestione delle apparecchiature"
- **Raccomandazione n. 12 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"**
  - ✓ E' stata aggiornata la PSAN 14 "Gestione dei farmaci e stupefacenti con l'inserimento di un capitolo per la gestione dei farmaci LASA e FALA ed è stata elaborata un istruzione operativa IOSAN14 04 "Elenco dei farmaci LASA e FALA"
- **Raccomandazione n. 13 "Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture Sanitarie"**
  - ✓ Aggiornata la procedura PSAN18 "Prevenzione e gestione delle cadute accidentali"
- **Raccomandazione n. 17 "Riconciliazione terapia farmacologica"**
  - ✓ Aggiornata la PSAN 38 "Ricognizione, Prescrizione, Preparazione, Somministrazione e Registrazione della terapia"

