

**Relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli  
obiettivi prefissati nel piano programma per la Gestione del Rischio Clinico  
Anno 2018**

**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 .....  | 9  |
| 5.5 L'emovigilanza .....   | 10 |
| 5.6 La gestione dei sinistri .....   | 10 |
| 5.7 La gestione dei reclami .....  | 11 |
| 5.8 La gestione delle attività per la prevenzione delle cadute .....                             | 11 |
| 5.9 Il monitoraggio dell'applicazione della check-list di sala operatoria .....                  | 12 |
| 5.10 Il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza .....                              | 13 |
| 5.11. La prevenzione delle lesioni da pressione .....  | 14 |
| 5.12. Il monitoraggio della contenzione fisica .....   | 15 |
| 5.13. Il monitoraggio degli infortuni .....  | 15 |
| 5.14 Lo stato di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nella nostra struttura ..... | 16 |

Data

30/4/2019

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

Nel dicembre 2017 è stata perfezionata una operazione di cessione di quote azionarie della Casa di Cura prof. Nobili alla 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 2018 può essere così riassunta:

917 ricoveri in Medicina e Lungodegenza

1159 interventi di Ortopedia

817 interventi di Chirurgia Generale

3300 accessi al Punto di Primo Intervento

39000 prestazioni Ambulatoriali

Nella struttura prestano servizio circa 84 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          |
| Baiesi Orietta                | Medico Responsabile PPI             |
| 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   |
| Fattori Andrea Fabio          | TSRM                                |

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;

**Ospedale Privato Accreditato**

- ✓ il coordinamento operativo per il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi declinati nella programmazione annuale del Piano Programma aziendale;
- ✓ 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 quattro 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 2018, 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.

Ospedale Privato Accreditato

Il monitoraggio delle attività riguarda le seguenti aree:

1. Sviluppo della cultura del rischio clinico
  - ✓ 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 già previsto dal piano di formazione triennale 2016-2018 sono stati effettuati vari corsi per la Gestione del Rischio e il miglioramento delle cure:

Nel 2018 sono stati proseguiti gli adeguamenti tecnologici e le azioni previste per la prevenzione e gestione delle cadute in ospedale e a domicilio. Sono stati effettuati gli audit previsti.

**Ospedale Privato Accreditato**

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.

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>2014</b>  | <b>2015</b> | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b>  |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Il rischio da movimentazione manuale dei carichi  | 50 operatori |             |              |              |              |
| Bati il 5: buona pratica dell'igiene delle mani   |              | 7 operatori | 5 operatori  |              |              |
| Gestione della mobilitazione del paziente in ospedale   |              |             | 21 operatori |              |              |
| Gestione delle linee venose   |              | 7 operatori | 11 operatori |              |              |
| Il programma nazionale esiti: audit clinico   | 7 operatori  | 5 operatori |              |              |              |
| La gestione del rischio clinico   |              |             | 30 operatori |              |              |
| Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale   |              |             |              | 23 operatori |              |
| L'aderenza alla terapia farmacologica   |              |             |              | 30 operatori |              |
| Le infezioni urinarie   |              |             |              | 7 operatori  |              |
| Le vaccinazioni   |              |             |              | 27 operatori | 6 operatori  |
| Stomie intestinale, gestione del paziente   |              |             |              | 31 operatori |              |
| La gestione del rischio clinico   |              |             |              |              | 38 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  |              |             |              |              | 21           |

Ospedale Privato Accreditato

| Corso   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018         |
|---|------|------|------|------|--------------|
| epidemiologico                                |      |      |      |      | operatori    |
| Proteggere dall'influenza con la vaccinazione |      |      |      |      | 25 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      |
| Altro  | 2        | 9         | 7         |
| Inadeguata procedura terapeutica                         | 2        | 1         |           |
| Malf./malposiz. Di disposit/apparecchio                  |          | 4         | 3         |
| Inesattezza di paziente/lato/sede                        |          | 3         | 5         |
| Mancata procedura chir. Inadeguata procedura diagnostica |          | 1         | 3         |
| Ritardo di presriz./somm. Farmaco                        |          | 1         |           |
| Inadeguata prescriz./somm. di farmaco                    |          | 1         | 8         |
| Ritardo prest. Assist.                                   | 1        |           | 1         |
| Inadeguata prest. Assist.                                | 1        |           | 2         |
| Mancata prescriz./somm. farmaco                          |          |           | 1         |
| Ritardo procedura diagnostica                            |          |           | 3         |
| Mancata procedura diagnostica                            |          |           | 1         |
| <b>Nr. segnalazioni</b>                                  | <b>6</b> | <b>20</b> | <b>34</b> |

L'aumento delle segnalazioni registrate nel 2018 è a nostro avviso dovuto al costante lavoro di sensibilizzazione del personale sulla cultura del rischio clinico e non ad un reale aumento degli eventi. Importante notare come l'aumento delle segnalazioni sia andato di pari passo con la istituzione di un Comitato strutturato e allargato a tutte le discipline e figure professionali. Questo dato è molto incoraggiante per quanto riguarda il recepimento da parte degli operatori del messaggio che la loro partecipazione al processo di miglioramento delle cure è assolutamente imprescindibile.

Nel 2018 c'è stata la segnalazione di un evento sentinella riguardante un decesso in sala operatoria, in seguito all'induzione dell'anestesia. L'evento è stato gestito seguendo la procedura interna e le raccomandazione ministeriale che prevedono la compilazione delle schede A e B per la segnalazione e analisi dell'evento, e la scheda C per le attività di miglioramento attuate. E' stata aggiornata l'istruzione operativa per la gestione delle vie aeree e le difficoltà respiratorie, è stata effettuata informazione/ formazione specifica per gli operatori di sala operatoria, sono stati acquistate nuove attrezzature specifiche.

### 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.

Nel 2018 la ditta fornitrice del apparecchio CPAP ha effettuato una lezione dimostrativa sull'utilizzo dello stesso rivolto al personale medico e infermieristico. Si valuta l'acquisto di un modello nuovo del apparecchio.

Sono stati acquistate delle bobine ed effettuati vari aggiornamenti del software della RM Esaote e Philips con adeguata formazione degli operatori.

Sono stati acquistati 3 monitor defibrillatori semiautomatici. Il personale è stato addestrato all'utilizzo.

E stato effettuato il collaudo e l'addestramento all'uso per il nuovo apparecchio per l'emocromo in dotazione al POCT.

### 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 PSAN38 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.

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.

## 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" prodotta dal Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Maggiore di Bologna, in quanto Servizio di riferimento per la nostra struttura.

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 2018 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.

La visita ispettiva non ha evidenziato delle criticità.

E' stata recepita e diffusa la nuova revisione della PO3 SIMT AMBO e i suoi allegati. E' in corso l'aggiornamento della procedura interna per la gestione dei emocomponenti.

In seguito a una non conformità pervenuta dal servizio Trasfusionale nella gestione del sangue di emergenza a dicembre del 2017, il Risk manager ha effettuato un audit clinico per la verifica dell'accaduto di cui si riporta a seguire le azioni di miglioramento programmate:

- Informazione/formazione sulle procedure esistenti.
- Aggiornamento della procedura interna per adeguarla a quella del SIT (presente attualmente in reparto).
- Controllo dell'applicazione della procedura tramite verifiche sul campo.
- Promuovere la comunicazione interdisciplinare.

## 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 € |
|------|-------------|----------|----------|-----------|---------------------|
| 2018 | 4           | 4        | -        | -         | -                   |
| 2017 | 4           | 3        | -        | 1         | 67.458              |
| 2016 | 5           | 2        | -        | 3         | 63.500              |
| 2015 | 1           | -        | -        | 1         | 8.500               |

**Ospedale Privato Accreditato**

|      |   |   |   |   |        |
|------|---|---|---|---|--------|
| 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 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 |
|------|-------------|---|
| 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

In applicazione della Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute sulla prevenzione delle cadute accidentali in ospedale e a domicilio, la Casa di Cura per il monitoraggio delle cadute ha introdotto l'utilizzo di una scheda di segnalazione come descritto nella procedura specifica.

Il progetto regionale per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti in ospedale al quale la Casa di Cura ha aderito ha visto il coinvolgimento di un numero notevole di professionisti, ha previsto una formazione specifica di tutti gli operatori sanitari oltre a prevedere un programma di educazione dei pazienti e dei caregiver attraverso la consegna di opuscoli specifici per la prevenzione delle cadute sia in ospedale che a domicilio.

Come da programma sono state effettuate delle azioni di miglioramento del fattore di rischio ambientale come il posizionamento di corrimano nei corridoi dei reparti di degenza.

Continua anche l'azione di miglioramento che prevede la sostituzione di tutti i letti di degenza con letti elettrici ad altezza variabile; azione orientata sia al miglioramento delle cure ed al benessere

Ospedale Privato Accreditato

fisico del paziente (prevenzione delle cadute), che alla prevenzione delle patologie della colonna vertebrale per gli operatori sanitari addetti all'assistenza.

Nel 2018 non sono state segnalate cadute con danno grave al paziente.

| Anno | Nr. Segnalazioni cadute |
|------|-------------------------|
| 2018 | 31                      |
| 2017 | 30                      |
| 2016 | 30                      |
| 2015 | 32                      |
| 2014 | 32                      |

Come si evince dal report, il numero delle cadute è più o meno stazionario.

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:

| Anno 2018  |  | Degenza ospedaliera      |
|--|--|--------------------------|
| Numero totale di cadute di degenti   |  | 31                       |
| Numero totale di cadute di degenti con esito nessun danno                              |  | 22                       |
| Numero totale di cadute di degenti con esito da minore a moderato                      |  | 9                        |
| Numero totale di cadute di degenti con esito da significativo a severo                 |  | 0                        |
| Numero totale giornate di degenza a livello di struttura aziendale                     |  | 13496                    |
| Anno 2018  |  | Outpatient (non degenti) |
| Numero totale di cadute di assistiti (non degenti)                                     |  | 0                        |
| Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito nessun danno              |  | 0                        |
| Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito da minore a moderato      |  | 0                        |
| Numero totale di cadute di assistiti (non degenti) con esito da significativo a severo |  | 0                        |

## 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 dicembre 2016 è stato effettuato un audit per la verifica dell'applicazione della check list che dimostrava la conoscenza e l'applicazione della check lista da tutto il personale di sala operatoria.

Nel 2017 è stato segnalato un evento avverso per un non corretto utilizzo della check list. L'evento è stato analizzato in sede del Comitato del Rischio Clinico. La discussione ha portato all'individuazione di una non corretta prassi da parte degli operatori e alla successiva azione di riorganizzazione del percorso dei pazienti ambulatoriali che eseguono interventi in sala operatoria.

12

Ospedale Privato Accreditato

La struttura sta portando avanti la progressiva informatizzazione del percorso terapeutico del paziente 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 i primi mesi 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.

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.

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' stato attuata un'importante azione di miglioramento per il lavaggio delle mani e l'utilizzo di gel alcoolico sia per gli operatori sanitari che per gli utenti e i visitatori. Sono stati posizionati erogatori di gel alcoolico nei reparti di degenza e negli ambulatori.

E' stata aggiornata la procedura per la prevenzione degli infezioni ospedaliere PSAN 27.

E previsto il monitoraggio di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e la trasmissione dei dati al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Nel 2018 non sono stati segnalati casi di enterobatteri resistenti ai carbapenemi.

### Dati CIO

| 2018             | Richieste | Positive | Intraospedaliere | Nr. ricoveri (no DH) | % infezioni |
|------------------|-----------|----------|------------------|----------------------|-------------|
| Urinoculture     | 34        | 19       | 4                | 1735                 | 0,34        |
| 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                   |                      |              |
| <b>Totale</b>    | <b>189</b> | <b>59</b> | <b>14+1 protesì</b> |                      |              |

E' stato effettuato un audit clinico sulle infezioni urinarie e l'aggiornamento delle procedure interne, per il posizionamento del catetere vescicale e la gestione delle infezioni urinarie seguendo le linee guida nazionali.

Continuano le misure di prevenzione contro la Legionella come da procedura. Non sono stati riscontrati casi di Legionella nel 2018.

I prelievi sono stati fatti a maggio e a novembre e risultano tutti negativi. I punti previsti sono 12 e sono stati eseguiti prelievi nei punti più critici della struttura (Sale Operatorie, punti di minor utilizzo, zone terminali dell'impianto, zone di accumulo, ecc.).

I risultati contengono anche la rilevazione della temperatura al momento del prelievo.

Sono stati inoltre effettuati esami microbiologici della qualità aria nelle due sale operatorie della struttura entrambi sono risultati praticamente negativi e quindi classificabili come ottimi.

Continua il programma di controllo e trattamento dell'impianto dell'acqua sanitaria che prevede:

- l'effettuazione con cadenza bimestrale di shock termico sui boiler dell'acqua sanitaria, alternando un mese un boiler e un mese l'altro.
- Il monitoraggio mensile della temperatura dei boiler dell'acqua sanitaria che viene costantemente mantenuta al di sopra dei 60° centigradi.
- Il trattamento continuo dell'acqua sanitaria con biossido di cloro. L'impianto è verificato e tarato mensilmente dalla ditta Culligan.
- viene effettuata con cadenza almeno annuale la verifica dei rubinetti e delle docce di tutta la struttura, con la sostituzione di tutti i rompi getto.

#### 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 prevede la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'aggiornamento della procedura interna e la formazione di tutto il personale.

Ospedale Privato Accreditato

I dati raccolti sono da considerarsi negli standard.

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

### 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.

E' prevista l'adesione della struttura a un progetto regionale "La contenzione meccanica nei setting di cura ed assistenza" che porterà alla creazione di un gruppo multidisciplinare con il compito di aggiornare la procedura interna e informare/formare gli operatori e i caregiver.

### 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 2018 descrive un quadro positivo sia in termini numerici che qualitativi. Sono infatti diminuiti sia gli infortuni, sia le giornate di assenza dal lavoro. C'è stato un infortunio con rischio biologico senza giorni di assenza.

| Anno | Totali infortuni | Infortuni con rischio biologico | Incidenza rischio biologico | Giorni di assenza |
|------|------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 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"