

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

ANNO 2022

RIFERIMENTI NORMATIVI E PREMESSA

Le Strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, ai sensi della Legge 8 MARZO 2017 n° 24 (Legge Gelli-Bianco) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le Professioni sanitarie”, devono redigere una relazione annuale consuntiva sugli strumenti utilizzati per il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura sanitaria.

Detta legge richiama i precedenti indirizzi normativi come quelli della Legge 28 dicembre 2015 n°208 che all’art. 1 commi 538-539 e 540 evidenzia l’interesse primario del Sistema Sanitario Nazionale in merito alle attività di prevenzione e di gestione del rischio sanitario in quanto consentono maggiore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse e garantiscono la tutela del paziente e degli operatori.

Una Struttura sanitaria prevede un sistema organizzativo complesso e continuativo ove è insita la probabilità che si possa verificare un evento avverso. L’OMS continua ad evidenziare che gli errori e gli eventi avversi in Sanità rappresentano un vero problema di emergenza e pertanto è considerato prioritario rilevare, monitorare, razionalizzare, valutare e contenere ogni rischio anche potenziale.

La sicurezza dei Pazienti deve essere quindi continuamente presidiata, con azioni di monitoraggio e analisi, con percorsi di audit, diffondendo nello stesso tempo l’elaborazione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza stessa, coinvolgendo i pazienti/utenti e procedendo alla formazione continua degli operatori sanitari.

Tale approccio è definito come *Gestione del Rischio Clinico* e, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, il quale viene definito come *"il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica"*.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli eventi di interesse, considerando tutti gli incidenti correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli capaci di causare un danno(eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno e i rischi (i cosiddetti quasi eventi/near miss: eventi che non si sono verificati, che stavano per accadere ma sono stati intercettati prima del loro verificarsi.

INTRODUZIONE GENERALE

Le predette normative, che servono anche a garantire la trasparenza nei confronti del Cittadino assistito, portano quindi all’individuazione di tutti gli accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza.

La misurazione ed il monitoraggio della sicurezza non può essere limitata solo alla rilevazione degli eventi avversi, bensì alla misura quotidiana di ciascuna attività individuando tutti gli accadimenti

significativi e raccogliendo tutte le informazioni utili ad elevare la sicurezza della intera organizzazione.

Il Ministero della Salute ha individuato la gestione del rischio clinico come elemento strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità assistenziale, definendo le seguenti indicazioni:

- a) Individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- b) Elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- c) Promuovere eventi formativi per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- d) Promuovere la segnalazione dei "near miss";
- e) Sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta ed elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulla frequenza degli errori;
- f) Garantire e monitorare un feedback informativo;
- g) Avviare la costituzione di un network per la realizzazione di una banca dati nazionale per la raccolta dei dati sulla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- h) Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- i) Favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Come evidenziato dalle linee-guida della Conferenza Stato-Regioni, le informazioni che derivano dalle attività poste in essere sono indirizzate non tanto alla quantificazione degli eventi, ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per poter attuare azioni di miglioramento. Quindi la rappresentazione qualitativa del fenomeno mira alla valutazione del rischio e delle criticità eventuali per attuare correttivi e aumentare la sicurezza.

La misurazione non può essere pertanto solo retrospettiva (ciò che è accaduto in passato), ma anche prospettica considerando che l'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento imparando dall'errore.

Inoltre il Ministero della Salute ha emesso n°18 documenti "Raccomandazioni Ministeriali" alle quali attenersi per la gestione del Rischio Clinico e per la prevenzione degli errori in sanità.

Nell'elenco allegato (allegato1) è riportata l'applicazione di dette "Raccomandazioni" presso la Casa di Cura Nuova Clinica S.Rita.

In ossequio alla legge n° 24 del 8 marzo 2017 all'art. 2 comma 5, il presente documento intende esporre gli accadimenti relativi all'anno 2022 riportando le richieste di risarcimento /liquidazione relative all'ultimo quinquennio nell'ambito del contenzioso medico-legale.

Anche l'anno 2022, in continuità con il precedente biennio, è stato vissuto come un momento storico eccezionale che ha visto quale protagonista in campo sanitario la pandemia di COVID-19, purtroppo ancora in corso anche se con minore prepotenza rispetto a numeri di ricovero e di decessi,

che comunque ha condizionato le attività e le scelte aziendali. Le iniziative intraprese, volte alla prevenzione ed al contenimento del rischio al fine di tutelare Pazienti ed Operatori, hanno obbligato la Direzione a pianificazioni e ripianificazioni continue per gestire i rischi integrando le attività in essere con le nuove esigenze, nel rispetto delle Disposizioni Ministeriali e Regionali e degli Enti preposti alla gestione delle emergenze che continuano a susseguirsi, per mantenere gli obiettivi di prevenzione e minimizzare, in un clima di incertezze, gli effetti indesiderati.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Casa di Cura Nuova Clinica S. Rita di Benevento è una Struttura accreditata per ricoveri medico-chirurgici, con il SSN/ASL Benevento per n° 72 p.l. (DCA n°130/2014) ed autorizzata per n°110 p.l. (Autorizzazione Sanitaria Comune di Benevento n° 8 del 13-02-2008).

Ha adottato, come si dirà nel seguito della relazione, un Sistema di Gestione per la Qualità in continuo aggiornamento nelle diverse edizioni, rispondente attualmente alla Norma UNI EN ISO 9001 ed. 2015. (Rinnovo Certificazione SGS nell'ottobre 2022 per il prossimo triennio)

È iscritta nel registro dei titolari del trattamento dati presso il Garante della Privacy.

Effettua la gestione ed il controllo della sicurezza dei dati, con aggiornamento periodico della documentazione di sistema.

La Direzione della Nuova Clinica Santa Rita è consapevole che il successo di un'organizzazione dipende dal saper comprendere esigenze e aspettative implicite, espresse e latenti, e che la capacità manageriale consiste nel tradurre i dati e le esigenze in obiettivi e opportunità, individuando i punti critici di ogni singolo processo ed i potenziali rischi.

Infatti, al fine di ottimizzare la gestione dei rischi all'interno della Casa di Cura, è stato costituito un "Comitato valutazione sinistri" composto da esperti, sia interni che esterni con finalità reattive (gestione contenzioso medico-legale) ma anche proattive (prevenzione/analisi delle potenziali cause di errore e conseguenze).

Tutti i modelli organizzativi, le procedure adottate e gli iter certificativi, tutti opportunamente integrati, sono tesi a garantire una crescente efficienza ed affidabilità ed a promuovere con approfondite analisi, l'abbattimento dei rischi afferenti ai vari aspetti connessi alle attività della Casa di cura. A tal proposito ci si avvale delle fonti informative esistenti per la gestione del rischio, (analisi Cartelle Cliniche, Audit Clinici, Analisi di eventuali incidenti, Visite periodiche, Osservazione diretta, Applicazioni linee-guida, Monitoraggio continuo dei dati raccolti, Applicazioni delle Raccomandazioni Ministeriali) comprese le segnalazioni attive da parte degli Operatori nonché dei Cittadini, quali ad esempio i reclami ed i sinistri.

Più avanti sono analizzati in dettaglio i ricoveri, di qualsiasi tipologia, effettuati nell'anno 2022.

La Casa di Cura Nuova Clinica S.Rita si è sempre ispirata a valori cui è necessario tenere conto e che devono essere tutelati:

- La sicurezza dei Pazienti (rischio clinico);
- La salute e la sicurezza dei Lavoratori (rischio lavorativo);
- La tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- La correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);
- L'integrità della pubblica Amministrazione (rischi di conflitti d'interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione).

- Il miglioramento della Qualità che riguarda sia le prestazioni e i processi assistenziali sia le attività e i processi professionali, tecnici e amministrativi.

Già dall'anno 2008 è stato pertanto adottato il "Manuale Aziendale Risk Management" con il quale venivano definiti gli obiettivi e le modalità per la gestione del Rischio Clinico e dall'anno 2011 è stata data attuazione al Decreto Legge 231/2001 e succ. mod.- e int. con adozione del Modello Organizzativo e relativo Codice Etico.

La trasparenza e la comunicazione con il Paziente sono state sempre ritenute prioritarie e pertanto la Casa di Cura aggiorna periodicamente la Carta dei Servizi, che viene consegnata ai Pazienti all'ingresso (ultimo aggiornamento Aprile 2022) e che è consultabile sul sito aziendale, aggiorna i Consensi Informati illustrandoli nel modo più chiaro possibile, aggiorna i documenti circa le comunicazioni obbligatorie ai Pazienti nonché la consegna della documentazione sanitaria (ultima circolare in merito 11-03-2022), rende visibile e consultabile la documentazione per la gestione della Privacy.

DEFINIZIONI

- **Evento avverso:** la letteratura e la pratica danno varie definizioni di evento avverso, riportiamo di seguito quella del glossario del Ministero della salute "Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile. Nella versione classica quindi, si intende come evento avverso un danno causato dalla gestione clinica (piuttosto che dal processo della malattia) misurabile in termini di prolungamento della degenza e della disabilità al momento della dimissione.
- **Near miss** (o quasi evento): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato
- **Evento sentinella:** secondo la definizione del ministero è evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanità. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente a dare luogo ad una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.
- **Audit clinico:** metodologia di analisi finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida, raccomandazioni, percorsi diagnostici-terapeutici...), per una revisione sistematica degli scostamenti rispetto a standard conosciuti, per monitorare il cambiamento e migliorare l'assistenza al paziente.
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia finalizzata all'identificazione delle cause che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso per consentire di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- **Rischio clinico:** è la possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute, la morte
- **Raccomandazioni Ministeriali:** sono documenti specifici elaborati dal Ministero della Salute, insieme ad Esperti delle Materie, che si propongono di aumentare la consapevolezza

del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi, promuovere le assunzioni di responsabilità e favorire il cambiamento imparando dall'errore:

CAMPO DI AZIONE

La Casa di Cura Nuova Clinica S. Rita, al fine di proseguire nell'attuazione di un progetto di sicurezza in materia di prevenzione degli eventi avversi e di qualsiasi tipo di rischio clinico, si è dotata di una serie di documenti che vengono periodicamente puntualmente aggiornati (Procedure organizzative - Manuali – Protocolli specifici – Piani organizzativi - Istruzioni Operative – Modulistica...), nonché di un “Piano di Indicatori e Monitoraggio”.

Tutto il materiale è reso disponibile, possiamo dire in tempo reale, sul sito aziendale e consultabile da tutti gli Operatori.

Si allega alla relazione (allegato 1) elenco di tutto il materiale sopra citato con indicazione della data dell'ultimo aggiornamento.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La Casa di Cura dispone di un insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi ed il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza dei Pazienti, delle cure e degli Operatori, di cui si elencano le parti più indicative:

- incident reporting
- vigilanza sui dispositivi
- farmacovigilanza
- emovigilanza
- sinistri
- reclami/suggerimenti

Ha introdotto un approccio al rischio che coinvolge tutte le diversificate dimensioni dell'organizzazione con il coinvolgimento diretto di tutti i Responsabili di Unità Operative e di Servizi ed ai collaboratori per quanto di competenza, delle figure infermieristiche e tecniche in un più ampio sistema di definizione delle precise competenze e responsabilità nella erogazione dei servizi agli utenti. L'obiettivo è quello di far integrare sempre più il concetto di rischio con tutta l'operatività dell'organizzazione, in modo tale da ampliare la cultura aziendale verso tale approccio, nonché operare un cambiamento culturale che porti a considerare e monitorare i rischi come opportunità per operare il tanto desiderato miglioramento continuo.

All'uopo:

- ha mappato i processi/rischi attraverso l'utilizzo dello strumento FMEA che viene tenuto sotto controllo e periodicamente aggiornato;
- ha istituito il Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO) con il compito di verificare, controllare e proporre;
- ha posto in essere attività di monitoraggio anche attraverso l'individuazione di indicatori di esito per un puntuale ed esaustivo controllo delle complicanze.
- Garantisce le risorse necessarie per assicurare un iter assistenziale idoneo a mantenere la promessa del continuo miglioramento e della sicurezza

La scelta aziendale è stata quella di proseguire nell'attuazione di un progetto che, con il coinvolgimento diretto del personale, rispettando sempre i parametri relativi all'assetto e al fabbisogno dell'organico, al dimensionamento delle risorse umane e strumentali conformemente ai requisiti dell'accreditamento istituzionale lavorando secondo precise competenze e responsabilità e senza tralasciare gli aspetti tecnici relativi alle problematiche tecnologiche e strutturali, integrasse tutti gli ambiti della sicurezza:

- quelli clinici, concentrati sull'outcome delle prestazioni erogate e sulla soddisfazione degli utenti riducendo al minimo il gap tra “qualità progettata ed erogata” e “qualità attesa e percepita”
- quelli occupazionali, con particolare riguardo alla sicurezza degli operatori;
- quelli assicurativi, finalizzati alla prevenzione e alla gestione del contenzioso.

Nella Struttura è stata pertanto attivata una rete di Referenti per le varie problematiche appositamente individuati, avendo cura di sceglierli in modo che siano rappresentate tutte le professionalità esistenti. Con loro è stato attivato uno specifico percorso formativo e di addestramento alle nuove metodologie di analisi per processi; saranno avviati altri specifici percorsi finalizzati a facilitare la condivisione della cultura della sicurezza e saranno intraprese le necessarie azioni al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici definiti per ogni anno e puntualmente valutati e verificati.

Tutto ciò ha consentito e nel tempo consentirà di stabilizzare l'indice di rischio con una sua progressiva riduzione, a partire dalle condizioni rilevate come più critiche a seguito della mappatura dei principali processi a rischio (FMEA), costruiti insieme agli operatori e sempre in progressivi aggiornamenti, con il conseguente vantaggio in termini di sicurezza del paziente ed economici per la Casa di Cura (riduzione dei costi assicurativi, di quelli connessi ad atteggiamenti professionali meramente difensivistici ed ai maggiori aggravii discendenti dalle attività di verifica e correzione dell'errore stesso). Si è cercato di dare rilievo sempre alla valutazione della sicurezza nell'esercizio della medicina con la massima vigilanza sui degenti nel rispetto della loro dignità e della privacy.

Il Sistema di Gestione Qualità (SGQ), certificato da primario ente accreditato, sempre più calzante alla realtà Aziendale, grazie alle innovazioni apportate dalla nuova Edizione 2015 della UNI EN ISO 9001, ha contribuito ulteriormente a centrare l'attenzione sui punti più critici e utili al miglioramento dell'erogazione del servizio con un approccio che permette di individuare, in fase proattiva, azioni ed attività da tenere maggiormente sotto osservazione per minimizzare effetti negativi e massimizzare le opportunità.

EMERGENZA COVID-19

Anche l'anno 2022 ha visto la Struttura impegnata nel dover contrastare i rischi legati alla diffusione del Virus SARS-CoV2 disponendo di volta in volta misure per la prevenzione e la gestione di eventuali emergenze adeguandole ai dettami dei DPCM che si sono susseguiti e delle disposizioni emanate da Ministeri, Regione ed ASL di riferimento.

La Casa di Cura ha continuato a porre in essere misure di prevenzione ed attività volte ad evitare il diffondersi del contagio all'interno della struttura sia tra il personale che tra i pazienti. Ha emesso

ed aggiornato, laddove se ne è ravvisata la necessità, Istruzioni Operative, Procedure, Ordini di Servizio che descrivono i comportamenti da adottare dalla fase di prenotazione del ricovero o della prestazione, durante la degenza e fino alla dimissione (triage pre-ricovero con pre-triage telefonico, controlli all'ingresso con questionari e filtri di accesso, verifica green-pass con relative procedure, verifica coperture vaccinali ai sensi delle disposizioni ministeriali emanate utilizzo DPI, distanziamento; ricoveri in camere singole, divieti di accesso ai visitatori, regolamentazione di ingresso per soggetti esterni che a vario titolo operano presso la struttura quali fornitori di prodotti e servizi e/o Ditte esterne di manutenzione, tamponi e test sierologici a pazienti ed operatori effettuati in area dedicata e separata, attività di ulteriore sanificazione e sterilizzazione, formazione e cartellonistica aggiuntiva, rivisitazione degli spazi e delle turnazioni per evitare contatti e assembramenti, zona coperta immediatamente prossima all'accesso alla Struttura quale sala di attesa ove si possa rispettare distanziamento e privacy).

Il Ministero ha proclamato la fine dello stato di emergenza a far data dal 01-04-2022 consentendo ai Cittadini una riduzione delle drastiche misure di prevenzione fino ad allora adottate (con le relative eccezioni per Sanitari e Strutture Sanitarie) e pertanto la vigilanza all'interno della Clinica è stata mantenuta ancora più alta per intercettare il più precocemente possibile casi di positività sia tra i Degenti che tra gli Operatori ed evitare il diffondersi del contagio. Pertanto tramite Ordini di servizio e Circolari sono state aggiornate le misure di prevenzione (Tamponi urgenti da poter eseguire in qualunque momento per degenti ed operatori, regole per locali comuni, distanziamenti e regole precise per accesso dei visitatori, nel momento in cui ne è stata data l'opportunità da parte degli organi superiori, adeguandole alle esigenze ed alle potenzialità assistenziali.)

ATTIVITÀ

1) DEFINIZIONE DEL PIANO FORMATIVO E PROGRAMMAZIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La Formazione continua e la promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane rappresenta un obiettivo cardine della strategia che la Casa di Cura persegue ed intende perseguire per il futuro definendo un piano annuale di addestramento e formazione accogliendo anche richieste e suggerimenti da parte del personale interessato che veda interessati non soltanto aggiornamento e formazione negli ambiti di competenze professionali, ma anche negli ambiti della gestione della qualità, della sicurezza e del rischio.

Obiettivi:

– *promuovere* la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e dei quasi accadimenti e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana ed attraverso l'implementazione di un sistema locale di segnalazione che non vuole essere punitivo ma vuole dare vere opportunità di miglioramento e di apprendimento.

– *promuovere* la comunicazione a livello di sistema, renderla strumento professionale fondamentale di lavoro anche per creare un rapporto di fiducia tra paziente, struttura ed equipe assistenziale e per

stabilire un'alleanza terapeutica tra paziente ed operatori secondo i più moderni principi assistenziali così come espressi annualmente nella Politica della Casa di Cura e nella Mission aziendale

Azioni:

– **promuovere** la cultura della sicurezza, implementare le buone pratiche, superare le barriere alla segnalazione degli eventi avversi, imparare dall'esperienza e dagli errori coinvolgendo, come enunciato nella Politica per la Qualità, tutti gli operatori a rendersi parte attiva del sistema ed a curare la propria crescita professionale a 360 gradi.

Nel 2022 con la proclamata cessazione dell'emergenza Covid-19 da parte del Ministero della Salute, è stato consentito di riprendere le attività di formazione e addestramento in presenza, compresi gli eventi per l'acquisizione dei Crediti ECM, naturalmente nel rispetto di tutti i limiti e le regole imposte. Prioritariamente si è provveduto ad informare tutto il Personale con obblighi formativi circa gli aggiornamenti pervenuti da parte del Comitato ECM in condivisione con il Ministero della Salute ed Ordini professionali relativi a nuovi adempimenti, proroghe, monitoraggi e sanzioni. Si è continuato a promuovere e favorire, anche collaborando con l'OMCeO di Benevento, la partecipazione ad Eventi formativi (accreditati ECM) a distanza rivolti al Personale Sanitario su argomenti di ordine generale (RABBIA E RESILIENZA) e sul tema della RADIOPROTEZIONE, obbligatorio per alcune categorie di Medici.

Nel corso dell'anno 2022, in coerenza con il Piano di Addestramento e Formazione della Casa di Cura sono stati tenuti vari eventi formativi in loco, in presenza, anche a piccoli gruppi per argomenti specifici di interesse professionale quali ad esempio la formazione su nuove apparecchiature e presidi acquisiti o sull'utilizzo di nuove terapie. Sempre viene fatta formazione per i neoassunti. Tutto il personale è stato coinvolto in percorsi formativi in presenza in merito a: AGGIORNAMENTO MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO COVID-19; CORRETTA GESTIONE CARTELLA CLINICA; AGGIORNAMENTO SULLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO.

Due argomenti ritenuti, al momento, di particolare rilievo sono stati trattati nel corso di due eventi formativi rivolti a Personale sanitario ed amministrativo: GOVERNO CLINICO SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (accreditato ECM) e GESTIONE FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO.

2) CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA LOCALE DI INCIDENT REPORTING

Obiettivi:

- **superamento** delle barriere alla segnalazione, promuovere la cultura della sicurezza e del reporting con un approccio trasparente, non punitivo e offrire opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza al fine di creare un graduale cambiamento culturale che porti a considerare i rischi come opportunità piuttosto che come minacce "Risk-Based Thinking"

- **disporre** di dati utili alla definizione del profilo di rischio locale mettendo in luce pericoli e anomalie non identificabili con altri strumenti ma fondamentali alla conoscenza dei fenomeni per poter porre in essere azioni di miglioramento

Azioni:

· *Attivazione dell'Incident Reporting*

3) GESTIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI SENTINELLA

Obiettivo:

Attivare il processo strutturato di analisi volto all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella, definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di ridurre il rischio di accadimento di un evento simile.

Azioni:

Nella Casa di Cura Nuova Clinica S.Rita la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata dagli operatori tramite la scheda di incident reporting (scheda segnalazione spontanea CRM01 Mod. Rev. 0 del 02/05/2008 ed una seconda scheda per la S.O. (CRM15 Mod. Rev. 0 del 02/05/2008), mentre per la segnalazione delle cadute accidentali e' stata implementata, visto il piano regionale prevenzione cadute, apposita scheda allegata alla Procedura Specifica per la rilevazione, analisi e gestione delle cadute Rev 1 del 29/04/2019, ultimo aggiornamento del 09/07/2019 in revisione 2.

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene invece effettuata con la medesima scheda CRM01 Mod. secondo le indicazioni di cui al "Progetto per il monitoraggio degli Eventi Sentinella" PMES Rev. 0 del 02/05/2008.

In particolare al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda CRM01 Mod. Rev. 0 del 02/05/2008 inserendo le informazioni essenziali sull'evento occorso ed inviandola al Direttore Sanitario per il seguito di competenza.

La Direzione, dopo aver raccolto ed analizzato, in collaborazione con le figure informate ed interessate, tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, procederà ad individuare le soluzioni da adottare per evitare il ripetersi dello stesso

Lista degli eventi sentinella:

Gli eventi sentinella definiti dal Ministero della Salute si elencano di seguito:

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 gr non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente

10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad un intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

La Casa di Cura Nuova Clinica S.Rita non è interessata a tutti gli eventi descritti dal Ministero della Salute, infatti per gli eventi descritti ai punti 7 / 8 e 14 si precisa che la Clinica non è dotata di pronto soccorso e non è attiva l'Unità Operativa di Ostetricia, (sono attivi solo posti letto di Ginecologia).

Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino i seguenti cambiamenti nel processo assistenziale:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Reintervento chirurgico
- Rianimazione cardio-respiratoria
- Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio, violenza subita nell'ambito della struttura
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- Altro

4) MAPPATURA DEL RISCHIO CLINICO

Obiettivo:

Individuare i principali pericoli e valutare i rischi.

Definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento

Azioni:

- Raccolta ed analisi dei dati relativi agli incidenti ed eventi sentinella
- Raccolta ed analisi dei dati relativi alla segnalazione delle cadute del paziente
- Analisi del report annuale dei reclami nell'ottica dei potenziali rischi per la sicurezza di pazienti ed operatori

CASA DI CURA

Nuova CLINICA S. RITA S.p.A. TEL. 0824/311475 – Fax 0824/311489

Viale Mellusi, 103 – 82100 BENEVENTO

PARTITA I.V.A. 06800120633

- Analisi dei sinistri in collaborazione con i Componenti del CVS (Comitato Valutazione Sinistri) composto da: Direttore Sanitario-Medico Legale-Uffici Amministrativi- Medici
- Analisi delle non conformità in collaborazione con il Servizio Gestione della Qualità ed Accredimento.
- Piano indicatori e monitoraggi

5) SICUREZZA DEL PROCESSO CHIRURGICO

Da sempre è stata dedicata particolare attenzione ai processi chirurgici, sia dal punto di vista tecnico-organizzativo che assistenziale, in quanto la Casa di Cura per circa per l'80% dei ricoveri effettua attività di chirurgia nelle branche di: Chirurgia Generale, Ortopedia, Urologia, Oculistica e Ginecologia.

Obiettivo:

Individuare e valutare i principali rischi e pericoli dal preoperatorio, alla degenza ed al post operatorio per prevenire eventuali eventi indesiderati e per stabilire i possibili tempestivi interventi da porre in essere, con i relativi aggiustamenti, ove si andassero a rilevare criticità o punti deboli su qualsiasi segmento del sistema.

Azioni:

- Analisi dei processi e delle criticità ed in particolare la gestione del percorso di cura nel pre e post operatorio;
- Rafforzamento della compliance dei professionisti nell'applicazione di quanto al Manuale per la sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute ed alle Procedure ed Istruzioni Operative interne emesse
- Corretta acquisizione del Consenso Informato all'atto sanitario con attenzione particolare al colloquio con il paziente, accertandone la idonea comprensione anche attraverso il supporto di note informative
- Corretta identificazione del paziente
- Gestione delle attività tramite Piani organizzativi, Procedure specifiche, Istruzioni operative che individuano anche precise responsabilità e competenze.
- Procedure per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, per la Prevenzione delle Infezioni del Siti Chirurgico e del corretto utilizzo dell'antibioticoterapia.

Tutte le Procedure Specifiche, i Protocolli, Le Istruzioni Operative ed i Piani Organizzativi relativi alla materia, che vengono periodicamente rivisitati ed aggiornati, sono indicati in apposito elenco

allegato alla presente relazione (allegato 2). In particolare nell'anno 2022, in aggiunta alle procedure già esistenti, è stata emessa una Circolare di Buona prassi per la prevenzione delle Infezioni Chirurgiche Crociate (06-06-2022) e una Circolare per la sicurezza del Paziente per esecuzione esami radiologici (27-06-2022).

6) PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEI PERCORSI DIAGNOSTICI E

GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO

Obiettivo:

Valutazione della sicurezza dei percorsi per ottimizzare la gestione del paziente critico individuandone le eventuali necessità sin dalle prime fasi dell'accesso alla struttura e/o successivamente durante il ricovero

Azioni:

- Attuazione di appropriate misure organizzative ed assistenziali per la corretta identificazione del grado di criticità e complessità del paziente e gestione dello stesso sin dalla fase del primo accesso alla Casa di Cura ove sono previsti in Cartella Clinica ed in Cartella Infermieristica opportuni campi ove evidenziare particolari criticità dei Pazienti e/o particolari necessità di assistenza e di presidi
- Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- Individuazione di un'area critica dedicata ove gestire al meglio il paziente.

7) ATTIVAZIONE DI APPROCCI STANDARDIZZATI PER IL TRASFERIMENTO DELLE INFORMAZIONI CLINICHE

Obiettivo:

Valutazione dei percorsi relativi allo scambio di informazioni cliniche nel rispetto della normativa sulla privacy

Azioni:

Agevolazione delle modalità di trasferimento delle informazioni clinico/assistenziali relative al paziente (clinical handover) tra gli operatori, le Unità Operative e i servizi per poter garantire la continuità e la sicurezza delle cure. È possibile l'accesso da parte del Personale Medico di tutte le UU.OO. ai referti di laboratorio, di Radiologia, di Endoscopia attraverso il programma Kos, nel rispetto delle procedure di accesso tramite credenziali (password) sempre nel rispetto delle norme sulla Privacy. Il 2022 è stato caratterizzato da un ulteriore processo di digitalizzazione/informazione al fine di avere un sistema integrato sia in ambito sanitario che amministrativo.

8) LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI

Obiettivo:

Garantire la massima sicurezza del paziente durante tutte le fasi di accesso e permanenza in Casa di Cura fino alla dimissione.

Azioni:

- Verifica del grado di applicazione delle raccomandazioni di buona pratica e delle procedure CRM.05.PR rev.0 del 02/05/2008, PS CAD “Procedura Specifica per la rilevazione, analisi e gestione delle cadute” (ultima revisione n°2 del 09/07/2019) con allegati: Scheda di Conley per valutazione rischio paziente, scheda Incident report caduta accidentale.
- Individuazione delle criticità ed attivazione di opportune azioni di miglioramento per la massima compressione del rischio cadute. Predisposizione di apposito vademecum circa gli interventi preventivi di educazione sanitaria per il Paziente a rischio caduta.
- Rilevazione periodica dei fattori di rischio ambientali
- Affissione cartellonistica con indicazione di comportamenti idonei da osservare per evitare pericoli e disponibilità di personale interno receptionista che prende in carico il Paziente e lo indirizza, o accompagna se ne ravvede la necessità, ai setting successivi fino all’ingresso nella propria camera di degenza.
- Acquisizione di arredi idonei a prevenire cadute (anche in caso di patologie particolari) quali letti ad altezza regolabile, possibilità di utilizzo di spondine per i letti, carrozzine e poltrone di varie tipologie per il trasporto dei pazienti, disponibilità di presidi di ausilio per la deambulazione, barelle idonee, tavoli operatori di nuova generazione adatti anche a pazienti di peso elevato.

9) RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA E USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI

Obiettivo:

Tenere sotto controllo i pericoli di infezioni da antibiotico-resistenza e ridurre al minimo possibile le infezioni ospedaliere

Azioni:

- Implementazione e monitoraggio dell’applicazione della Procedura Generale “per il corretto lavaggio delle mani” per la quale sono state affisse anche locandine esplicative in tutti i punti di interesse

CASA DI CURA

Nuova CLINICA S. RITA S.p.A. TEL. 0824/311475 – Fax 0824/311489

Viale Mellusi, 103 – 82100 BENEVENTO

PARTITA I.V.A. 06800120633

- Implementazione e monitoraggio dell'applicazione di Protocolli Specifici relativi al corretto uso degli antibiotici in fase pre/ peri e postoperatoria: PS ANTrofilassi antibiotico-perioperatoria rev.1; PS prevenzione infezione sito chirurgico rev.2; PS prevenzione infezioni da Stafilococcus aureus meticillinoresistente (MRSA) rev.1.
- Implementazione e monitoraggio procedure specifiche per ogni branca operativa: PS/ORT/01rev.2; PS/ORT/02 rev.1; PS Ch 01; PS Gin 01; PS OCU; PS URO01.
- Monitoraggio del “Programma per la sorveglianza, la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Ospedaliere SPCIO rev 1.
- Presenza del comitato per le infezioni ospedaliere (CIO) costituito sin dall'anno 2008, puntualmente aggiornato, che si riunisce periodicamente su convocazione del Direttore Sanitario e/o ogniqualvolta se ne ravvisi la necessità

Il CIO si è dotato di opportuno regolamento con lo scopo di prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni Ospedaliere con particolare riguardo all'applicazione di normative e linee guide di monitoraggio e di gestione dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi preventivi da porre in essere.

Nell'anno 2022 il CIO ha effettuato vari incontri volti a monitorare le attività suddette (prevenzione della legionellosi con effettuazione di flussaggio, ordinario e straordinario, verifica del Cloro residuo libero nell'acqua, e verifica risultati dei prelievi interni alla Casa di Cura; monitoraggio inquinamento microbiologico ambientale; rilevazione microrganismi sentinella; procedure specifiche per interventi chirurgici con particolare attenzione all'antibiotico-resistenza ed alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico; verifiche ambientali su gas medicali e aria; verifiche aria confinata nelle sale operatorie anche in operation; controlli periodici di superficie in punti strategici individuati; monitoraggio germi produttori di carbapenemasi). Inoltre molta attenzione si continua a dedicare alle attività di prevenzione e controllo della infezione da SARS CoV2 con puntuale relativo aggiornamento ed applicazione delle disposizioni ministeriali, regionali e della ASL competente per territorio che si sono susseguite nel corso dell'anno. Nell'ambito degli incontri il CIO esprime pareri circa modifiche o aggiornamenti di procedure o istruzioni e da suggerimenti su eventuali azioni di miglioramento da porre in essere.

10) VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Obiettivo:

Stabilire i criteri e definire le responsabilità per valutazione, selezione, qualificazione e, monitoraggio delle prestazioni dei fornitori e per valutazione e monitoraggio dei presidi acquistati e forniti

Azioni:

I dispositivi medici come tutte le attività di approvvigionamento dei farmaci e dei prodotti sanitari, è soggetta ad una procedura di sistema – PO0707 “Approvvigionamento” e PO0704

“Qualificazione dei fornitori.” Scopo della procedura PO0707 è quello di descrivere i criteri e definire le responsabilità e le modalità operative adottate dalla Casa di Cura per la corretta gestione di:

- Redazione e emissione dei documenti di acquisto di prodotti e servizi
- Valutazione e selezione dei fornitori ai quali inoltrare i documenti di acquisto
- Verifica della competenza e delle eventuali qualifiche delle persone
- Verifica del prodotto acquistato (conformità all’ordine per quantità, tipologia, prezzo, qualità dei prodotti e servizi)
- Monitoraggio delle forniture per assicurarsi che prodotti e servizi acquistati si mantengano conformi ai requisiti specificati nei documenti contrattuali. Per quanto riguarda la verifica del prodotto acquistato le modalità di effettuazione del controllo in accettazione vengono commisurate allo stato e grado di qualificazione attribuito a fornitori a seguito di valutazione e alla classe di criticità attribuita ai prodotti acquistati sempre in linea con le indicazioni fornite dalla ASL di riferimento.

Lo scopo della procedura 07/04 è quello di descrivere i criteri e definire le responsabilità e le modalità adottate per l’effettuazione della valutazione, selezione, qualificazione, monitoraggio delle prestazioni e riqualificazione dei fornitori esterni, al fine di ottenere servizi e prodotti affidabili e di livello qualitativo conforme ai requisiti stabiliti. Nell’anno 2022 si è provveduto alla Riqualificazione triennale dei Fornitori.

Inoltre, come da disposizione della Direzione Sanitaria, tutti gli operatori della Casa di Cura hanno l’obbligo di segnalare eventuali incidenti/incongruenze dei dispositivi medico diagnostici in uso, comprese le apparecchiature elettromedicali. Per la segnalazione si utilizza il modello predisposto dal Ministero secondo le relative indicazioni anche per via informatica.

Nel 2021 si era proceduto a gestire, il sistema di monitoraggio da remoto, accessibile da un portale raggiungibile via internet, previsto per alcune attività o apparecchiature ritenute prioritarie. Tanto consente di effettuare analisi e di poter intervenire tempestivamente qualora dovessero presentarsi problemi e consente anche di attivare procedure nuove.

Inoltre, come da programma annuale previsto per l’incremento del percorso di digitalizzazione/informatizzazione, si è proceduto a completare la digitalizzazione di tutti gli Strumenti di radiologia utilizzati al fine di monitorare le dosi di radiazioni somministrate al Paziente. Nel 2022 si sono rafforzate tali iniziative compreso l’utilizzo della firma digitale per i referti di Radiologia, Laboratorio Analisi ed Endoscopia

Nel corso dell’anno non sono state rilevate segnalazioni da parte di operatori interni alla Casa di Cura per incongruenze di dispositivi medici né relativamente alla conformità di forniture a seguito degli acquisti effettuati.

11) FARMACO VIGILANZA

Obiettivo:

La Casa di Cura dispone di un sistema di farmaco-vigilanza mirato a salvaguardare in primis la salute del paziente.

Azioni:

Le segnalazioni su prodotti, dispositivi o farmaci provenienti direttamente dal fornitore vengono verificate (presenza di prodotti o di lotti di prodotti segnalati) dal responsabile del servizio di Farmacia e annotate su apposito registro di farmaco-vigilanza.

Se risultano in giacenza i prodotti o i lotti dei prodotti segnalati immediatamente viene individuato il materiale sia in deposito farmacia che nei reparti per essere subito stoccato nel magazzino farmacia in attesa del ritiro.

Per le reazioni o le sospette reazioni a farmaci, i medici della Casa di Cura hanno l'obbligo di compilare immediatamente la scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa, e consegnarla tempestivamente al responsabile del servizio farmacia per i successivi adempimenti ministeriali e regionali previsti.

Per tutte le attività correlate ad acquisizione, distribuzione e vigilanza sui farmaci e presidi è in essere un piano organizzativo (OP FAR re. 5 del 2019) che dettaglia le azioni.

Per la somministrazione l'approvvigionamento e la conservazione di farmaci particolari e/o pericolosi (es KCL, Stupefacenti) sono state emanate e distribuite agli interessati ed ai reparti opportune istruzioni operative, comunque sempre consultabili in intranet, le quali prevedono tracciabilità ed evidenze circa la gestione e le responsabilità. Anche per la manipolazione delle forme farmaceutiche, in linea con le raccomandazioni ministeriali, sono state emanate apposite Istruzioni Operative.

Nell'anno 2022 sono state emanate nuove disposizioni in merito alla Gestione della Terapia Farmacologica presso i reparti.

12) EMOVIGILANZA

Obiettivo:

Ottimizzare i livelli di sicurezza, nel rispetto della raccomandazione ministeriale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

Azioni:

La Casa di Cura si è dotata di procedura specifica – PS/SIT – che illustra tutto l'iter di gestione del sangue per emotrasfusione omologa o autologa, dalla identificazione del Paziente al momento del prelievo alla richiesta di trasfusione, fino all'utilizzo, o eventualmente riconsegna per mancato utilizzo, del sangue al servizio trasfusionale di afferenza. La Procedura viene periodicamente aggiornata, insieme a tutta la relativa modulistica prevista dalle vigenti e cogenti normative, e si applica a tutti i pazienti che necessitano di emotrasfusione, dal momento del prelievo ematico nei reparti di degenza e della compilazione della richiesta di sangue fino all'utilizzo ed al controllo di eventuali reazioni avverse (ultimo aggiornamento PS/SIT rev.3 del 17-03-2020).

Il servizio trasfusionale di afferenza è il SIT della A.O. San Pio di Benevento con la quale è stipulata apposita convenzione come da disposizioni regionali.

La procedura prevede la tenuta sotto controllo di:

- Responsabilità
- Identificazione di pazienti e sacche (etichettatura, braccialetti)
- Modulistica – registro carico/scarico
- Richieste, ritiro, trasporto e gestione frigoemoteca
- Modalità di prevenzione errori
- Restituzione in caso di non utilizzo

Le sacche di sangue ed emoderivati vengono conservate sempre in frigoemoteca.

FRIGOEMOTECA

Per disposizione DMS 1/9/1995. Art. 4 co. 4, “la frigoemoteca è un frigorifero atto alla conservazione del sangue, munito di termoregistratore e di dispositivo di allarme acustico, situato in portineria e nei reparti, collegato con postazioni di guardia ove il personale presente sia in grado di rilevare ogni eventuale anomalia ed avvisare tempestivamente il medico di turno responsabile dell'emoteca”.

La frigoemoteca presente nella Casa di Cura dispone di un segnale luminoso, in aggiunta all'allarme acustico previsto dalla legge, atto a rendere maggiormente evidenti anomalie del funzionamento dell'apparecchio; che si attiva, insieme all'allarme acustico, nel momento in cui la temperatura all'interno della frigoemoteca supera i 7° C. Esso continua a lampeggiare sinché la temperatura non scende al di sotto della suddetta soglia, anche nel caso in cui l'allarme acustico venga disabilitato manualmente e/o venga interrotta l'alimentazione elettrica.

La frigoemoteca è dotata di dischi termoregistratori e vengono documentate la conformità e le attività di sostituzione e conservazione del disco.

La struttura trasfusionale territorialmente competente garantisce i servizi di urgenza ed emergenza trasfusionale 24 ore su 24.

RISULTATI

EVENTI AVVERSI/EVENTI SENTINELLA

Nell'anno 2022 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi e/o eventi sentinella;
Non sono pervenuti reclami da parte dei pazienti.

Sono stati condotti nel corso dell'anno 2022 n° 02 Audit Interni svolti utilizzando tecniche quali interviste, osservazioni durante l'espletamento delle singole attività nonché esame della documentazione esistente nelle diverse aree aziendali ed in nessun caso sono stati rilevati giudizi negativi. Inoltre un Audit è stato effettuato da parte dell'Ente Certificatore esterno, con esito positivo con conferma della Certificazione della Qualità per il prossimo triennio. Tutti e tre gli Audit sono risultati soddisfacenti con evidenza di attività in linea con quanto pianificato e come previsto da piani di aggiornamento ed indicatori. Si è rilevato che il Personale tutto acquisisce sempre maggiore consapevolezza di far parte di un sistema che individua ruoli e responsabilità precise e puntuali (e ne ha dato dimostrazione nella gestione della pandemia da Covid-19 ancora in corso) con la capacità di saper individuare i punti critici di ogni singolo processo, trattandone trasversalmente per tutti i reparti ed i servizi le varie fasi ed i potenziali rischi per poterli gestire in modo da trasformare le eventuali minacce in opportunità di miglioramento.

RICOVERI EFFETTUATI

Le attività di cura e ricoveri effettuati nell'anno 2021 sono riassunti di seguito e si riferiscono sia a ricoveri ORDINARI che a DH, DS e PACC precisando che i limiti imposti dal contenimento dei contagi da Virus SARS CoV-2 hanno portato, in alcuni periodi dell'anno, un conseguenziale calo del numero dei ricoveri stessi :

CASA DI CURA
Nuova CLINICA S. RITA S.p.A. TEL. 0824/311475 – Fax 0824/311489
Viale Mellusi, 103 – 82100 BENEVENTO
PARTITA I.V.A. 06800120633

CHIRURGIA GENERALE	n° 1506
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA	n° 309
OCULISTICA	n° 360
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	n° 1857
OSTETRICIA-GINECOLOGIA	n° 207
UROLOGIA	n° 527

RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

Anche nel 2022 la Casa di Cura ha continuato, con lo spirito rivolto alle esigenze di trasparenza e partecipazione che vede la centralità del Paziente, con attività di monitoraggio continuo della performance dei propri servizi, interventi e trattamenti. La Direzione Sanitaria/Responsabile della Qualità ha adottato diversi strumenti (reclami, interviste, indagini tra i Dipendenti) che contribuiscono a far emergere il grado di soddisfazione per avere esatta cognizione della qualità percepita e far emergere eventuali accadimenti non evidenziatisi al personale in servizio, ma rilevati dal paziente o dai propri familiari.

A tal proposito a tutti i pazienti vengono somministrati appositi questionari (anonimi se il paziente lo desidera) in cui, oltre allo spazio di risposte a specifiche domande, è previsto uno spazio aperto ove possono essere dati suggerimenti o indicazioni o dove possa essere annotata qualsiasi cosa ritenuta utile dal Paziente per migliorare la qualità dell'assistenza. Gli obiettivi dell'indagine sono quelli non solo di monitorare la performance dei Servizi Sanitari, di valutare specifici interventi o trattamenti per il miglioramento, di identificare mancanze e bisogni di salute, ma anche di evidenziare i punti di forza dell'organizzazione.

L'indagine viene anche utilizzata per comprendere meglio le aspettative dei Pazienti, quantificare gli spostamenti tra percezione ed aspettative, monitorare continuamente le prestazioni e le eventuali criticità del servizio e, realizzando un sistema informativo sulla Qualità, valutare l'efficacia delle azioni correttive adottate unitamente al gradimento della popolazione negli anni.

La Casa di Cura ha predisposto inoltre, come sopra detto, opportuna "scheda reclami" che ciascun Paziente, qualora ritenesse violato un suo diritto o una sua aspettativa, può compilare, anche in maniera anonima e consegnare al personale infermieristico oppure inserire in apposita buca.

Dall'indagine complessiva dell'anno 2022 è emerso che il livello di soddisfazione dei Pazienti raggiunto nell'anno è pari al **94,56 %** quindi più che in linea con l'obiettivo prefissato (**>80%**) ed inoltre gli elogi ed i suggerimenti espressi, prevalentemente positivi, mostrano il significativo mantenimento nel tempo in termini di contenimento del gap tra "qualità progettata/erogata" e "qualità attesa/percepita".

Nel corso dell'anno 2022 non sono stati registrati reclami.

RICHIESTE RISARCIMENTO EROGATE

Si riportano di seguito i dati relativi alla liquidazione dei sinistri degli ultimi cinque anni considerando il 2013 quale “anno zero” avendo come riferimento la Legge n° 24 del 8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria”:

Anno Richiesta	Anno Liquidazione	% n.casi/n.ricoveri	% Erogato/fatturato
2013	2015	0,02	0,04
2018	2018	0,02	0,09
	2019	0	0
	2020	0	0
2020	2021	0,02	0,07
2022	2022	0,02	0,04

CONCLUSIONI E PROGRAMMA ANNO 2023 DIREZIONE DELLA CASA DI CURA

Nell’ottica del continuo miglioramento e dell’ottimizzazione della gestione degli eventi avversi ci si impegna a:

- Continuare a fornire un supporto concreto da parte della Direzione Sanitaria e dell’AU alla prevenzione ed all’analisi di eventuali eventi avversi/sentinella che dovessero essere segnalati ed in particolare all’individuazione di cause e fattori umani o ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, a farmaci, a linee guida, a raccomandazioni, a protocolli assistenziali, a procedure, allargando l’audit a tutti i possibili attori coinvolti.
- Procedere a revisione periodica della documentazione in essere adeguando Procedure, Protocolli, Piani Organizzativi, Istruzioni Operative ad eventuali nuove disposizioni di Organi superiori nonché alle esigenze che si andassero a rilevare specialmente in un momento storico di ancora non cessata epidemia virale.
- Ulteriore processo di digitalizzazione/informatizzazione al fine di avere un sistema integrato in ambito sanitario/amministrativo che renda il massimo in capacità di trasparenza e comunicazione anche in merito agli obblighi legati al Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Procedere alla formazione continua sia capillare sul campo con particolare attenzione ai processi già mappati ed a quelli da dover prendere in osservazione, e sia favorendo la partecipazione ad eventi formativi in presenza che ora è possibile organizzare, anche in sede. La Formazione è considerata uno strumento di prevenzione dei rischi in quanto diretta a mantenersi professionalmente aggiornati ed a sviluppare l’ottica del “pensiero orientato al rischio” clinico per consolidare negli operatori l’appartenenza al sistema ed il coinvolgimento di ciascuno nella gestione del paziente e della sua sicurezza.

Benevento

30.04.2023
II DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Fernanda Mirco

L'AMMINISTRATORE UNICO

Dott.ssa Isabella Cozzi

CASA DI CURA
Nuova CLINICA S. RITA S.p.A. TEL. 0824/311475 – Fax 0824/311489
Viale Mellusi, 103 – 82100 BENEVENTO
PARTITA I.V.A. 06800120633

Allegato alla relazione annuale consuntiva eventi avversi ANNO 2022

PROCEDURE SPECIFICHE

PS_CH_01	Ernia inguinale	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_OCU_01	Cataratta	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_GIN_01	Isteroscopia diagnostica operativa	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_ORT_01	Artroscopia	Rev. 2 del 09-07-2019
PS_URO_01	Tunb	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_PNM_01	BPCO	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_SO_01	Labeling siringhe anestesilogiche	Rev. 1 del 09-07-2019
PS_SIT	Identificazione paz. Prelievo sangue	Rev. 3 del 09-07-2019
PS_PDL_01	Protocollo specifico prevenzione della legionellosi	Rev. 2 del 15-07-2021
PS_PDD	Prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito	Rev. 2 del 09-07-2019
PS CEI	Comunicazione interna	Rev. 2 del 09-07-2019
PS OI	Obiettivi e indicatori di esito	Rev. 2 del 09-07-2019
PS MMP	Rischio movimentazione paziente	
PS ORT 02	Protesi anca-gin- spalla-caviglia	Rev. 1 del 09-07-2019
PS CAD	Cadute	Rev. 2 del 09-07-2019
PS SIT	Gestione sangue ed emotrasfusioni	Rev. 3 del 17-03-2020
PS PDD	Piaghe da decubito	Rev. 2 del 09-07-2019
PS ANT	Antibiotici	Rev. 1 del 09-07-2019
PS ISC	Infezioni sito chirurgico	Rev. 2 del 09-07-2019
PS MRSA	Meticillinoresistenza	Rev. 1 del 09-07-2019
PS LASA/ABBR	Farmaci LASA	Rev. 0 del 05-09-2019
PS/End /Covid-19	Endoscopia digestiva Contenimento Covid-19	Rev. 0 del 04/05/2020
PS COVID 19	Gestione rischio infezione da SARS-CoV2	Rev. 3 del 01-10-2021
PS FARM OS	Manipolazione forme farmaceutiche orali solide	Rev. 0 del 31-08-2021
PS CQCC	Corretta Gestione della Cartella Clinica	Emissione 16-12-2021
PS CASS	Gestione della Cassa	Emissione 22-09-2022

PIANI ORGANIZZATIVI

OP-ACC	P.O. Servizio Prenotazione Accettazione Rendicontazione	Edizione 1 re.0 del 25-06-2021
OP-FAR	P.O. Servizio Di Farmacia	Rev. 5 del 09-07-2019
OP-GAS	P.O. Servizio Di Gastroenterologia Ed Endoscopia	Rev. 4 del 09-07-2019
OP-CHR	P.O. Raggruppamento Chirurgico	Rev. 4 del 09-07-2019
OP-MED	P.O. Raggruppamento Medicina Generale	Rev. 4 del 09-07-2019
OP-LAB AN	P.O. Servizio Di Laboratorio	Rev. 7 del 05-12-2022
OP-RAD	P.O. Servizio Di Radiologia	Rev. 4 del 09-07-2019
OP-SO	P.O. Blocco Operatorio	Rev. 5 del 09-07-2019
OP-GRU	P.O. Gestione Risorse Umane	Rev. 4 del 09-07-2019
OP-APP MED	P.O. Apparecchiature elettromedicali + Allegato I E II Rev.	Rev. 6 del 09-07.2019
OP-SET AMM	P.O. Gestione Sinistri	Rev. 5 del 09-07-2019

ISTRUZIONI OPERATIVE

IOP01	Istruzioni Operative Data Logger	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP02	Rintracciabilità Ossigeno Protossido	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP03	Istruzioni Operative Esami Endoscopici	Rev. 4 del 16-04-2020
IOP04	Istruzioni Operative Esami MAINLAB Scarl	Rev. 5 del 14-01-2021
IOP05	Istruzioni Operative Accettazione pazienti per ricoveri	Rev. 3 del 16-04-2020
IOP06	Istruzioni Operative Esami Istologici	Rev. 5 del 16-04-2020
IOP07	Gestione Farmaci Stupefacenti	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP08	Inserimento esami specialistici – pazienti interni	Rev. 3 del 16-04-2020
IOP09	Visualizza referti	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP10	Decontaminazione liquidi biologici	Rev. 3 del 05-10-2021
IOP11	Somministrazione insulina	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP12	Modalità utilizzo calzari	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP13	Conservazione e controllo scadenza farmaci nei reparti	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP14	Terapia Post ERCP + allegato dieta	Rev. 3 del 09-07-2019
IOP15	ECG pazienti con Pacemaker	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP16	Schema preparazione TAPO	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP17	Gestione Approvvigionamenti Kcl	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP18	Memorandum Attività Infermieristiche routinarie III Piano	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP19	Prelievo Ematico	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP20	Registrazione firma documentazione sanitaria	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP21	Gorgogliatori per Ossigenoterapia	Rev. 3 del 09-07-2019
IOP22	Prelievo venoso	Rev. 3 del 09-07-2019
IOP23	Piano di sanificazione	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP23 bis	Carrelli pulizie con allegato	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP24	Radiologia-Esposizione radiazioni	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP25	Ospedale senza dolore	Rev. 2 del 09-07-2019
IOP26	Modalità gestione rifiuti con brochure	Rev. 3 del 21-01-2020
IOP27	Conservazione colliri	Rev. 1 del 09-07-2019
IOP28	Verifiche controlli manutenzione	Rev. 2 del 21-01-2020
IOP29	Prenotazione ricoveri	Rev. 0 del 31-10-2019
IOP30	Esecuzione tamponi rino-faringei Virus Sars-Cov-2	Rev. 1 del 03-05-2021
IOP31	Tamponi rino-faringei, conservazione /refertazione	Rev. 1 del 13-05-2021
IOP32	Prevenzione Legionellosi	Rev. 0 del 30-06-2021
IOP33	Gestione Paz. in fase periop. per contenimento rischio cl. Cardiologico	Rev. 0 del 03-03-2022 (Emissione)
IOP€\$	Prevenzione Osteonecrosi mascella/mandibola da Bifosfonati	Rev. 0 del 05-05-2022 (Emissione)

**RISCHIO CLINICO
RACC. MINISTERIALI**

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA AZIENDALE
Raccomandazione n°1 "Corretto utilizzo delle soluzioni di Cloruro di Potassio"	IOP 17 - 2019 "Approvvigionamento e somministrazione delle soluzioni contenenti KCL alle seguenti concentrazioni 1,2 e 3 MEQ/ml"
Raccomandazione n°2 "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno de sito chirurgico"	OP SO - 2019 e CHECK LIST sala operatoria con conta garze, aghi e strumenti e procedura in caso di non corrispondenza della conta di garze, aghi e strumenti (MOD 5121)
Raccomandazione n°3 "Corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura"	OP SO - 2019 "Piano Organizzativo Sala Operatoria" OP ACC - 2021 Piano Organizzativo Accettazione" OP CHR - 2019 "Piano Organizzativo Raggruppamento chirurgico"
Raccomandazione n°4 "Prevenzione del suicidio in Ospedale"	In progress
Raccomandazione n°5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"	PS SIT - 2020 "Identificazione del Paziente al momento del Prelievo di sangue -Procedura per la gestione del sangue per Emotrasfusione"
Raccomandazione n°6 "Prevenzione della morte materna correlata a travaglio e/o parto"	Non applicabile
Raccomandazione n°7 "Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica"	PS /SO/01 - 2019 "Labelling Siringhe Anestesiologiche" OP FARM - 2019 "Piano organizzativo del magazzino di Farmacia" PS-LASA/ABBR - 2019 "Prevenzione errori Terapia farmacologica da Farmaci "SALA" e dall'uso di abbreviazioni acronimi sigle e simboli" PS FARM OS - 2021 "Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide" IOP 07 - 2019 " Gestione Farmaci Stupefacenti" IOP 01 - 2019 "Gestione data logger" IOP 11 - 2021 "Conservazione e somministrazione Insulina" IOP 13 - 2019 "Conservazione e controllo scadenza Farmaci nei Reparti" IOP 27 - 2019 "Schema Conservazione Colliri"
Raccomandazione n°8 "Prevenzione atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari"	In progress
Raccomandazione n°9 "Prevenzione degli errori avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali"	OP-APP MED - 2019 "Piano organizzativo Apparecchiature Elettromedicali" PO/07/07 - 2019 "Approvvigionamenti"

RISCHIO CLINICO RACC. MINISTERIALI

Raccomandazione n°10 "Prevenzione osteonecrosi mascella/mandibola da Bifosfonati"	IOP 34 Rev 0 del 05-05-2022 (Emissione) "Prevenzione dell'Osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosfonati"
Raccomandazione n°11 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"	Non Applicabile
Raccomandazione n°12 "Prevenzione degli errori in Terapia con Farmaci Look alike/sound alike"	PS LASA/ABBR - 2019 "Prevenzione errori Terapia Farmacologica da Farmaci "SALA" e dall'uso di abbreviazioni acronimi sigle e simboli"
Raccomandazione n°13 "Prevenzione e gestione della caduta del Paziente nelle conseguente Strutture Sanitarie"	PS CAD – 2019 "Rilevazione, analisi e gestione delle Cadute. Scala di Conley
Raccomandazione n°14 "Prevenzione degli errori in Terapia con Farmaci Antineoplastici"	Non Applicabile
Raccomandazione n°15 "Morte o grave danno a non corretta attribuzione del Codice Triage nella C.O. 118 e/c all'interno del Pronto Soccorso"	Non Applicabile
Raccomandazione n°16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita"	Non Applicabile
Raccomandazione n°17 "Ricondizione della Terapia farmacologica"	Disposizione del 29-08-2022 "Gestione Terapia Farmacologica Pazienti ricoverati"
Raccomandazione n°18 "Prevenzione in terapia farmacologica da Abbreviazioni Acronimi Sigle e Simboli"	PS LASA/ABBR - 2019 "Prevenzione errori Terapia Farmacologica da Farmaci "SALA" e dall'uso di abbreviazioni acronimi sigle e simboli"
Raccomandazione n°19 "Per la Manipolazione delle Forme Farmaceutiche Orali Solide"	PS FARM OS - 2021 "Manipolazione delle Forme Farmaceutiche Orali Solide"