

2023

RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 1/23

PREMESSA

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 in materia di: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, prevede che le strutture pubbliche e private che ergano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli *eventi avversi* verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione per il monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

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 accadimenti di interesse, considerando tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) e i rischi (i cosiddetti “*quasi eventi/near miss*”: eventi che non si sono verificati, che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impegnati prima del loro verificarsi).

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di temperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nello proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati dell’ultimo quinquennio) e orientando la disponibilità dei ***dati alla rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.***

La relazione annuale deve infatti contenere le “conseguenti iniziative messe in atto” predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near mis, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza.

L’impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli “eventi avversi”, ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure” e all’utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza.

La questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l’impegnativo tema dell’individuazione di tutti gli incidenti/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 nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l’analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta quindi chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l’elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell’interpretazione dei risultati. Quello che è certo è che non è corretta una misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie che si basi esclusivamente sui dati derivanti dall’utilizzo di un solo strumento di rilevazione, fatto che, come è riportato unanimemente dalla letteratura internazionale e nazionale, può presentare evidenti distorsioni.

Le organizzazioni sanitarie possono già adesso disporre di un ampio insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l’identificazione, l’analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. In riferimento all’attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 2/23

sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (Incident Reporting, farmacovigilanza, dispositivivigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

C'è comunque da fare un ragionamento di carattere generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo sia l'espressione di un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza del sistema.

Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

La presente relazione annuale sugli eventi avversi offre un'analisi dettagliata delle situazioni avverse verificatesi nel corso dell'anno 2023 nel contesto della Rete Qualità e Salute. Gli eventi avversi rappresentano un aspetto critico dell'assistenza sanitaria, poiché possono influenzare negativamente la salute e la sicurezza dei pazienti, oltre a impattare sulle risorse umane, finanziarie e sulla reputazione dell'organizzazione.

Lo scopo di questa relazione è identificare le principali tendenze, le cause sottostanti e le implicazioni degli eventi avversi riscontrati, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere un ambiente sicuro per pazienti e operatori sanitari. Attraverso un'analisi approfondita dei dati raccolti e una valutazione critica delle procedure e delle pratiche attuali, intendiamo formulare raccomandazioni mirate per prevenire o mitigare il rischio di eventi avversi simili in futuro.

È importante sottolineare che questa relazione è il risultato di un impegno collettivo e di una stretta collaborazione tra tutti i livelli dell'organizzazione. Il coinvolgimento attivo del personale sanitario, la condivisione trasparente delle informazioni e il sostegno della leadership sono fondamentali per garantire l'efficacia delle azioni correttive e preventive proposte.

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 3/23

1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO E OBIETTIVI

1.1. PRESENTAZIONE DELLE STRUTTURE DELLA RETE OSPEDALIERA QUALITÀ E SALUTE

La Rete di Impresa denominata “Rete Ospedaliera Qualità e Salute” nasce nel 2016, grazie all’impegno di due strutture sanitarie che si distinguono per efficienza nella cura dei pazienti e nell’offerta di servizi sanitari di qualità: Valparma Hospital e la Casa di Cura Villa Verde.

Casa di Cura Villa Verde – Reggio Emilia

La Casa di Cura dispone di 166 posti letto, è accreditata col Servizio Sanitario Nazionale per i reparti di:

1. Degenza chirurgica (multidisciplinare);
2. Medicina lungodegenza;
3. Day surgery e day service ambulatoriale.

Sono presenti servizi di:

1. Cardiologia;
2. Fisioterapia;
3. Laboratorio analisi;
4. Diagnostica per immagini con risonanza magnetica, T.A.C., ecografia e RX;
5. Poliambulatorio per visite specialistiche;
6. Sede distaccata (Novellara) che eroga prestazioni di diagnostica per immagini (RMN, RX, ecografia) e attività ambulatoriali specialistiche.

Valparma Hospital – Langhirano (PR)

Valparma Hospital è dotato di 80 posti letto, di cui 60 accreditati col Servizio Sanitario Nazionale per i reparti di:

1. Medicina generale;
2. Riabilitazione rieducazione funzionale;
3. Day surgery multidisciplinare.

Sono presenti servizi di:

1. Cardiologia;
2. Fisiokinesiterapia;
3. Laboratorio analisi;
4. Diagnostica per immagini con risonanza magnetica, T.A.C., ecografia e RX;
5. Poliambulatorio per visite specialistiche.

Entrambe le Strutture si distinguono per l’impegno clinico, la sicurezza del paziente e l’attenzione alle esigenze individuali dei pazienti.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 4/23

1.2. OBIETTIVI ADOTTATI DALLA RETE OSPEDALIERA QUALITÀ E SALUTE

Nell'ambito della gestione del rischio gli obiettivi mirano a identificare, valutare e mitigare i rischi associati alle attività di competenza dell'organizzazione.

Tra gli obiettivi della Rete:

- 1. Identificazione dei rischi:** attraverso la catalogazione dei potenziali rischi associati alle attività, ai processi e all'ambiente operativo dell'organizzazione.
- 2. Valutazione dei rischi:** attraverso l'analisi della probabilità e dell'impatto dei rischi identificati la determinazione della loro gravità e della conseguente prioritizzazione delle azioni di mitigazione, grazie all'uso di metodologie appropriate, come la matrice del rischio atta a condurre valutazioni complete basate sulle evidenze.
- 3. Mitigazione dei rischi:** attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie e azioni per ridurre o eliminare i rischi identificati, includendo l'adozione di controlli preventivi, procedure specifiche e formazione del personale.
- 4. Monitoraggio e controllo dei rischi:** allo scopo di una verifica costante dell'efficacia delle misure di mitigazione dei rischi e adattare le strategie in base alle nuove minacce o cambiamenti nelle circostanze operative. Tra le attività delle organizzazioni l'assicurazione che i controlli vengano adeguatamente implementati e rispettati nel tempo.
- 5. Comunicazione e reportistica:** a garanzia di un sistema di comunicazione efficace per informare tutte le parti interessate riguardo i rischi identificati, e conseguentemente produrre report regolari per il monitoraggio delle prestazioni e delle attività svolte.
- 6. Cultura della gestione del rischio:** sensibilizzazione alla promozione della cultura aziendale che valorizzi la gestione del rischio come parte integrante delle attività quotidiane. Per questa ragione il core lavorativo di questo ultimo periodo è stato quello di coinvolgere attivamente gli operatori a tutti i livelli nell'identificazione e nella gestione dei rischi, incoraggiando la condivisione delle conoscenze e delle esperienze.
- 7. Conformità normativa:** attraverso l'adeguamento delle attività organizzative alle Linee di Indirizzo Nazionali e Regionali.
- 8. Apprendimento e miglioramento continuo:** a seguito dell'analisi di incidenti ed errori passati per identificare le opportunità di miglioramento e prevenire la ripetizione di errori simili in futuro. La Rete è impegnata nella promozione del ciclo di miglioramento continuo attraverso la revisione e l'aggiornamento costante delle politiche, dei processi e delle procedure.
- 9. Gestione della reputazione:** attraverso una gestione responsabile e trasparente dei rischi, fornendo risposte rapide ed efficaci a situazioni di crisi e mantenendo un'impeccabile reputazione di integrità e affidabilità.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 5/23

2. IL SISTEMA PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

La Rete ha individuato all'interno di ogni Struttura:

1. un Risk Manager che è individuato nel Direttore Sanitario della Struttura per Valparma Hospital (supportato in questo incarico dal responsabile Qualità ed Accreditamento), mentre per Villa Verde nel Responsabile del Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo su delega del Direttore Sanitario della Casa di Cura.
2. un Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri/pratiche legali individuato presso le Strutture.

2.1. RISK MANAGER

Il Risk Manager è incaricato dei seguenti compiti:

- ♦ Favorire l'implementazione dei flussi informativi relativi ad indicatori funzionali alla conoscenza e mappatura del rischio clinico e delle relative fasi di analisi e monitoraggio;
- ♦ Provvedere alla supervisione, organizzazione e formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali correlati al rischio clinico;
- ♦ Curare la comunicazione anche mediante diffusione di linee guida o altra documentazione a garanzia di sicurezza per il paziente;
- ♦ Suggestire proposte di piano per la formazione sulla sicurezza del paziente;
- ♦ Adozione di strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori accaduti o mancati;
- ♦ Individuazione delle "aree critiche" conseguenti;
- ♦ Definizione degli ambiti e delle azioni prioritarie di intervento (in atto e da attivare);
- ♦ Definizione di interventi organizzativi e di altro tipo (es. Adozione di tecnologie) per la prevenzione e riduzione degli errori evitabili;
- ♦ Definizione di sistemi di monitoraggio per la verifica dei risultati degli interventi di prevenzione e correttivi messi in atto;
- ♦ Definizione di un sistema di reporting appropriato.

2.2. NUCLEO AZIENDALE: LA GESTIONE DEI SINISTRI/PRATICHE LEGALI

Presso le strutture della Rete la funzione propria del Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri ha i seguenti compiti:

- ♦ Rendere più tempestiva e snella la gestione dei problemi che hanno arrecato o potrebbero arrecare danno alla persona, con conseguente contenzioso nei confronti delle Strutture
- ♦ Tutelare maggiormente utenti ed operatori sanitari
- ♦ Contribuire all'identificazione di comportamenti/procedure "a rischio" e delle possibili misure preventive atte a modificarli/migliorarli
- ♦ Formulare alle Direzioni proposte di iniziative orientate alla gestione efficace dei "sinistri"
- ♦ Implementare un database aziendale sul contenzioso sanitario

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 6/23

3. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La mappatura del rischio rappresenta in termini qualitativi e quantitativi il primo passo attraverso cui governare il sistema di Gestione Rischio Clinico. Nell'ambito delle numerose e diverse fonti informative che contribuiscono all'identificazione delle componenti di rischio – a cui titolo esemplificativo si annoverano: le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), le segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, le non conformità del sistema accreditamento, le cadute, ecc. – si è ritenuto prioritario adeguare le organizzazione all'applicazione e monitoraggi di sistemi informativi dedicati e mirati alla registrazione degli eventi avversi, in particolare:

1. Il sistema di rilevazione delle schede di Incident Reporting
2. Le segnalazioni degli eventi sentinella mediante flusso SIMES (Sistema di monitoraggio degli errori in sanità)
3. Le checklist di sala operatoria (flusso SSCL)
4. Le checklist Mod. 776a - oculistica
5. Le infezioni del sito chirurgico (flusso SIChER)
6. Il monitoraggio delle lesioni da decubito (LdD)

Tra le metodologie utilizzate dall'organizzazione:

- ♦ La realizzazione di SEA attraverso cui l'équipe viene indirizzata ad individuare comportamenti virtuosi e favorire attività clinico-assistenziali efficaci, evidenziando esempi di buone pratiche. L'attività di riflessione condivisa tra pari, consente inoltre di stimolare i professionisti a migliorare la qualità delle cure, sostenere l'attività multiprofessionale, efficientare la sicurezza dei pazienti, nell'ottica della cultura della trasparenza e dello sviluppo delle competenze.
- ♦ La mappatura dei rischi attraverso strumenti come la FMEA – FMECA attraverso cui sono stati analizzati alcuni processi e come questi vengono realizzati. L'attività è stata prioritariamente indirizzata verso processi strategici e particolarmente delicati, quali: il laboratorio analisi, il poliambulatorio e la radiologia/diagnostica per immagini. Tra gli interventi chirurgici per Valparma Hospital l'attenzione è stata diretta verso l'intervento di Functional Endoscopic Sinus Surgery – FESS.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 7/23

4. SCHEDE DESCRITTIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il periodo di riferimento considerato nelle seguenti schede è l'anno 2023.

TIPOLOGIA	EVENTI AVVERSI E NEAR MISS - INCIDENT REPORTING
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico). ♦ Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539). ♦ DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza).
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Il sistema di Incident Reporting rappresenta una modalità di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi (o near miss), avente le seguenti caratteristiche: • Aperto: la compilazione può avvenire a cura degli operatori sanitari che si trovino coinvolti nell’evento, per situazioni a cui si è assistito direttamente o di cui è stato riferito; • Spontaneo: la spontaneità della compilazione è stata classificata da molti autori essenziale per un sistema di segnalazione di successo, come confermano le stesse esperienze nazionali ed internazionali; • Non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni; • Confidenziale: l’identità del paziente e di chi segnala non sono mai rilevate a terzi; • Analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e le cause sistemiche sottostanti; • Tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi; • Orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi; • Rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l’applicazione nell’organizzazione. Da tale sistema di rilevazione degli eventi avversi vanno inclusi anche gli eventi sentinella, che seguono un duplice percorso; quello appena descritto e quello indicato secondo le prescrizioni regionali e ministeriali.



RETE QUALITÀ
E SALUTE
OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA

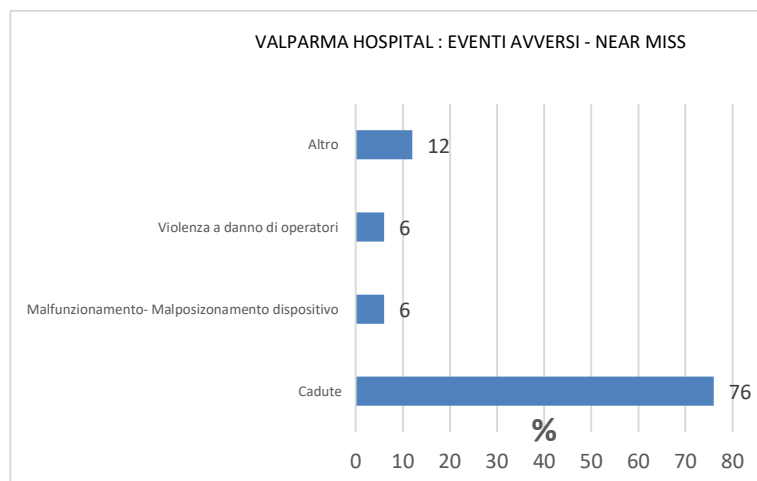
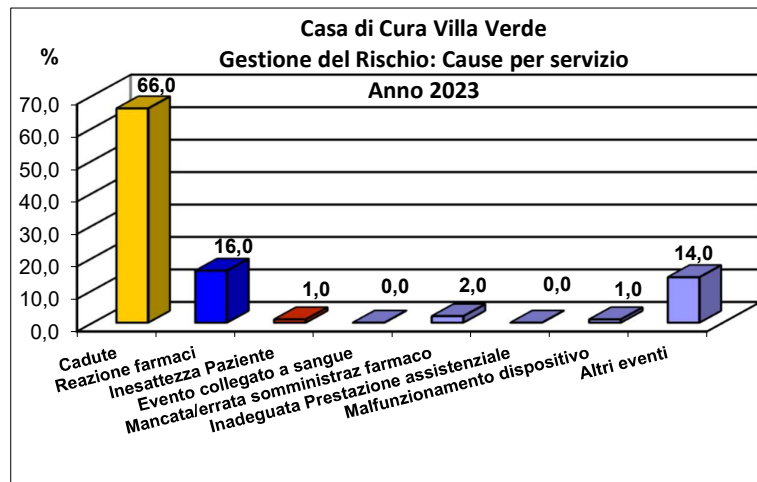
RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

GIUGNO 2024

Pag. 8/23

Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento

Come si vede l'incidente più frequente è l'episodio caduta. Nonostante siano messe in atto tutte le misure di sicurezza volte a ridurre l'evento caduta, la tipologia di pazienti che ospitano le nostre strutture è difficile da trattare in quanto si tratta di pazienti anziani, spesso con politerapia in atto e con scarso orientamento cognitivo.



Le Strutture della Rete per l'anno 2023 registrano il seguente trend di attività: Villa Verde n. 100 schede di incidente reporting, Valparma Hospital n.33

Di seguito l'andamento registrato degli eventi avversi e near miss:

Villa Verde

- 66% cadute
- 14% eventi categorizzati come "Altro" – rientrano in questa categoria: pz che ha sbattuto la testa contro spigolo della mensola mentre si sedeva per alimentarsi; pz che ha presentato malessere dopo prelievo ematico; ustione a seguito di tecarterapia, malessere durante reperimento accesso venoso per mdc; 4 lesioni traumatiche; allontanamento del pz dalla stanza di degenza; 3 pz si sono sentiti male durante attesa per visita; malessere in seguito ad intervento di cataratta; ferita in seguito ad auto rimozione accesso ipodermico.
- Il 16% delle segnalazioni (16 schede) riguardano reazioni avverse a farmaci, nello specifico alla somministrazione di mezzi di contrasto in radiologia (Reggio Emilia e Novellara) e una insorgenza di orticaria pruriginosa diffusa in tutto il corpo nel reparto di degenza chirurgica.
- 2% mancata/errata somministrazione di farmaco: un evento riguarda il tempo di infusione del farmaco errato attraverso la pompa-siringa; l'altro è stato somministrato un farmaco 19 giorni prima.
- Non si sono verificati eventi collegati a sangue su 131 trasfusioni effettuate durante l'anno. Questo grazie alla continua e costante formazione sul buon uso del sangue e partecipazione attiva al COBUS.

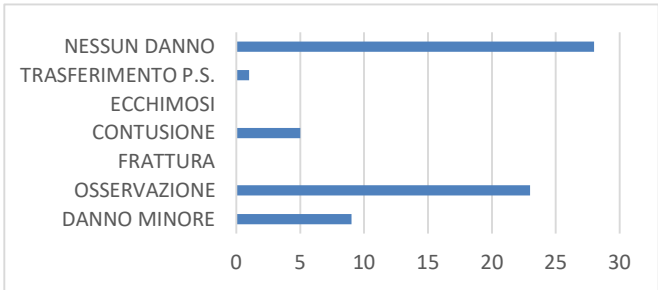
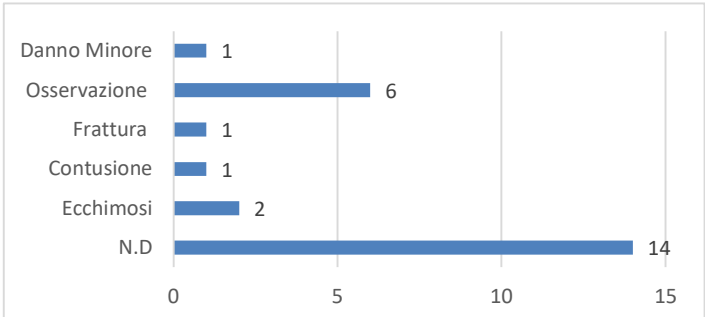
Valparma Hospital

EVENTO AVVERSO	FREQUENZA	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
CADUTE	25	• 14 cadute per le quali non si registra alcun danno • 2 cadute con ecchimosi • 1 caduta con contusione a fianco sx • 1 frattura con trasferimento al P.S. • 6 pz in osservazione • 1 danno minore	Realizzazione di un SEA di Area medica e Riabilitativa, all'interno del quale sono stati identificati i criteri interni definiti dalla Direzione Sanitaria per la registrazione di un I.R.
MALFUNZIONAMENTO/MALPOSIZ. DI UN DISPOSITIVO	2	Non del tutto adeguato posizionamento del pz durante l'esame radiologico	Revisione delle procedure specifiche
VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	2	Il primo episodio è stato la causa di una medicazione dell'operatore a seguito di uno strattamento da parte di un pz. Il secondo episodio riguarda una violenza verbale	Pianificazione di eventi formativi sul tema organizzati da una Psicologa e Psicoterapeuta, qualificata
ALTRO	4	Rientrano nella categoria: errata etichettature delle provette per pz; scambio dati provette ematiche; scambio di referti.	Realizzazione di un SEA per il laboratorio e revisione della procedura

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 10/23

Piani di miglioramento/ Azioni di monitoraggio Incident Reporting	→ Realizzazione di SEA dedicati ai fini di indirizzare l'équipe professionali all'individuazione di comportamenti virtuosi e favorire attività clinico-assistenziali efficaci evidenziando esempi di buone pratiche. L'attività di riflessione condivisa tra pari, ha avuto inoltre l'esigenza di migliorare la qualità delle cure, sostenere l'attività multiprofessionale, efficientare la sicurezza dei pazienti, nell'ottica della cultura della trasparenza e dello sviluppo delle competenze. → Valparma Hospital ha formalizzato una Rete interna di referenti incaricati per i principali processi assistenziali e per il governo del sistema qualità, in particolare per quanto riguarda: le cadute, le lesioni da pressione, la gestione del rischio, la comunicazione, la sterilizzazione, la contenzione, il sistema sangue, i farmaci. → Questa è una prassi già consolidata a Villa Verde. → Nel 2024 a seguito di quanto realizzato in precedenza sono state messe in campo attività di miglioramento e la programmazione di incontri con i Team per la verifica dello stato dell'arte.
--	---

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 11/23

TIPOLOGIA	CADUTE																														
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ Raccomandazione ministeriale n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie rev. 2011. ♦ Linee di indirizzo regionali RER sulle cadute in ospedale – 2016.																														
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	La rilevazione avviene utilizzando il sistema di Incident Reporting sopra descritto. Villa Verde L'incidenza di caduta nel 2023 è stata 3,3/1000 giornate di degenza. Verso la fine dell'anno si è notato un incremento delle segnalazioni di caduta nel reparto di degenza chirurgica rispetto all'anno precedente (22 vs. 9). A Gennaio 2024 sono stati organizzati degli incontri con i responsabili medici di reparto e i coordinatori infermieristici per analizzare le possibili cause. Nel corso del 2024 è stata organizzata una sessione formativa con infermieri e O.S.S., per rafforzare e consolidare le attenzioni di tutto il personale sanitario nei confronti dei pazienti a rischio.  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Esito</th> <th>Numero di casi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NESSUN DANNO</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>TRASFERIMENTO P.S.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ECCHIMOSI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CONTUSIONE</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>FRATTURA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>OSSERVAZIONE</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>DANNO MINORE</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> I dati sono espressi in numeri assoluti. Come si evince le cadute senza esiti clinici (N.D. o sola osservazione) sono quelle a maggior frequenza (51/66). L'unico caso di trasferimento in P.S. ha interessato una persona in carrozzina caduta nel parcheggio mentre veniva spinta da un familiare; il personale intervenuto ha in ogni caso provveduto compilato la scheda di segnalazione all'Incident Reporting. Valparma Hospital Ha messo in atto un "Progetto cadute". Dal grafico sotto rappresentato sono evidenziate le cadute registrate nell'anno 2023 (n. 25), segmentate per danno riportato. I dati sono espressi in frequenza assoluta. Le cadute con esiti clinicamente nulli (N.D. o solo osservazione) risultano quelle di maggior incidenza sul valore totale (20/25).  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Esito</th> <th>Numero di casi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Danno Minore</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Osservazione</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Frattura</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Contusione</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ecchimosi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>N.D.</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	Esito	Numero di casi	NESSUN DANNO	28	TRASFERIMENTO P.S.	1	ECCHIMOSI	1	CONTUSIONE	5	FRATTURA	1	OSSERVAZIONE	23	DANNO MINORE	9	Esito	Numero di casi	Danno Minore	1	Osservazione	6	Frattura	1	Contusione	1	Ecchimosi	2	N.D.	14
Esito	Numero di casi																														
NESSUN DANNO	28																														
TRASFERIMENTO P.S.	1																														
ECCHIMOSI	1																														
CONTUSIONE	5																														
FRATTURA	1																														
OSSERVAZIONE	23																														
DANNO MINORE	9																														
Esito	Numero di casi																														
Danno Minore	1																														
Osservazione	6																														
Frattura	1																														
Contusione	1																														
Ecchimosi	2																														
N.D.	14																														

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 12/23

Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento

Durante il 2023 è stata revisionata la procedura per la gestione delle cadute (dalla stratificazione del rischio alla gestione dell'evento) in particolare sono state riesaminate e modificate le attività di segnalazione dei pazienti a rischio. Complessivamente le rilevazioni di eventi e quasi eventi relative a cadute sono di seguito riportate:

Villa Verde

EVENTO AVVERSO	FREQUENZA	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
Cadute	66	• 28 nessun danno • 23 danno minore • 6 solo osservazione • 5 contusione • 0 fratture • 0 ecchimosi • 1 trasferimento al P.S.	Revisione ed implementazione della procedura sulla prevenzione rischio cadute Potenziato il sistema di segnalazione dei pz a rischio Coinvolgimento settore chirurgico/anestesiologico La diffusione della procedura e IO è stata occasione per incontri con i coordinatori, poi con tutto il personale, molto utili per richiamare l'attenzione sul rischio specifico

Valparma Hospital

EVENTO AVVERSO	FREQUENZA	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
Cadute	25	• 14 cadute per le quali non si registra alcun danno • 2 cadute con ecchimosi • 1 caduta con contusione a fianco sx • 1 frattura con trasferimento al P.S. • 6 pz in osservazione • 1 danno minore	Revisione ed implementazione della procedura sulla prevenzione rischio cadute Attivazione a partire da settembre 2023 di un sistema informatizzato per la valutazione preventiva del rischio caduta in rispondenza alle Linee Guida Regionali Corso di formazione rivolto al personale sanitario sul tema – accreditato ECM

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 13/23

**Piani di miglioramento/
Azioni di monitoraggio
eventi cadute**

Le Linee di Indirizzo Regionali richiedono un'attenzione particolare all'adozione di strategie e strumenti il cui scopo sia quello di evitare le cadute. È pertanto necessario sostenere l'applicazione di strumenti preventivi per la valutazione del rischio, l'uso di buone pratiche assistenziali, l'informazione dei pazienti e dei caregivers, lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti anziani (con patologie e/o terapie che aumentano il rischio) il monitoraggio finalizzato a verificare l'adesione alle buone pratiche di prevenzione.

Tra gli strumenti adottati dall'organizzazione per la rilevazione del rischio caduta, l'applicazione dello strumento multifattoriale e la valutazione dei fattori estrinseci al paziente sul rischio ambientale.

Valparma Hospital per l'anno 2023 ha elaborato un database informatizzato per il monitoraggio e la rilevazione del dato. Nato dalla conversione della Scala di Conley in forma cartacea, ad un foglio di lavoro in modulo Excel. Lo strumento è attualmente in fase sperimentale, della quale si prevede il termine conclusivo per il prossimo 31/12/2023. A seguito della stessa il gruppo di lavoro formato dalle coordinatrici di struttura, effettuerà una prima valutazione sull'efficacia del sistema. Il modulo elettronico così ipotizzato è stato applicato anche per la Scala di Braden - utilizzata per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione (LdP). L'opportunità di creare il connubio sinergico tra i due strumenti predittivi, nasce dall'esigenza di migliorare l'approccio organizzativo ai bisogni assistenziali del paziente.

Tra i vantaggi attesi dall'utilizzo di moduli elettronici, si include:

→ **La coerenza dei dati.** Tra gli errori annoverati nell'uso dei moduli cartacei, lo smarrimento del modulo o la sua errata archiviazione in documenti non corretti, ma soprattutto il tempo necessario ad inquadrare il caso. Grazie all'utilizzo della formattazione condizionale, sono stati introdotti simboli grafici colorati (semaforo rosso/giallo/verde ad indicare i casi via via a minor rischio), per attirare l'attenzione dell'operatore sui dati del paziente, e conseguentemente abilitare la messa a punto di strategie proattive rivolte allo stesso.

→ **Aggiornamento semplice.** Se è necessario l'aggiornamento di un modulo esistente, questo può essere modificato, pubblicato e diffuso agli operatori in tempi rapidi. L'aggiornamento viene eseguito solo a seguito di salvataggio del file, che si trova nel disco di collegamento aziendale denominato Iso9002.

→ **Opzioni del flusso di lavoro.** Per sfruttare le funzionalità del flusso di lavoro è possibile aumentare l'efficienza complessiva dei processi clinico-assistenziali comuni, indirizzati da un operatore ad un altro. Il sistema consente il decremento dei tempi utilizzati per il coordinamento dei processi clinico-assistenziali implicati nel percorso di cura del paziente, come ad esempio la revisione e l'aggiornamento del suo stato di salute, attraverso la condivisione informativa dei risultati ottenuti.

→ **Integrazione con altri sistemi.** È possibile integrare i dati presenti nel modulo in exc. chiamato "scheda di valutazione", con altri prodotti o tecnologie. Ad esempio con la cartella clinica informatizzata di prossima adozione da parte di entrambe le Strutture.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 14/23

Villa Verde ha approfittato della necessità di divulgare a nuova procedura di Rete per:

1. Coinvolgere i Coordinatori Infermieristici nella stesura della IO che sfrutta anche la presenza di bracciali con codice a barre (già presenti per la gestione della terapia informatizzata) inserendo colori di attenzione;
2. Coinvolgere chirurghi ortopedici ed anestesisti per potenziare l'attenzione verso la specifica tipologia di pazienti;
3. Sviluppare incontri formativi che, a piccoli gruppi, stanno interessando tutto il personale infermieristico e O.S.S.
4. Confermare l'indicazione affinché TUTTI gli eventi di caduta vengano segnalati mediante il percorso (e modulistica) di Incident Reporting da tempo in uso e presidiato da apposita procedura;
5. Aggiornare le brochure informative per i pazienti ed i familiari (differenziate per degenza medica e chirurgica) per incrementare la consapevolezza del rischio ed il possibile contributo al suo contenimento;
6. Valutare possibili ulteriori adeguamenti strutturali (nel 2024 verrà considerata possibilità di modifiche ai bagni, luogo di non rare cadute).

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 15/23

TIPOLOGIA	EVENTI SENTINELLA
Letteratura/ Normativa in riferimento	♦ Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella, Luglio 2009. ♦ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, Decreto 11 Dicembre 2009.
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”. La definizione e la tipologia degli eventi sentinella sono funzionali agli obiettivi e alle esigenze della organizzazione che li adotta. Nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella il Ministero definisce evento sentinella un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”. Il monitoraggio degli eventi sentinella da parte del Ministero della Salute comprende non solo la raccolta e l’analisi delle informazioni, ma anche la produzione e la successiva implementazione di specifiche Raccomandazioni, pubblicate sul sito del Ministero stesso, che hanno lo scopo di fornire indicazioni agli operatori circa le azioni da intraprendere per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi e, quindi, per migliorare la qualità dell’assistenza. Pertanto, ogni volta che si verifica un evento avverso, la Rete Ospedaliera, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni, relativamente alla procedura di segnalazione dell’evento sentinella: • l’operatore sanitario coinvolto nell’evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell’occorrenza di un evento avverso comunica quanto accaduto alla propria Direzione Sanitaria; • il Risk Manager avvia immediatamente un’analisi interna per stabilire se l’evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella; se dall’analisi interna emerge che l’evento avverso è conseguente ad errore e che può aver provocato un danno segnala l’evento sentinella utilizzando l’apposita scheda A del Protocollo Ministeriale; • sempre il Risk Manager, unitamente alle Unità Operative ed i Servizi a vario titolo coinvolti, raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie, al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell’evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del Protocollo Ministeriale, e trasmette la scheda contenente l’analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il relativo piano d’azione.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 16/23

	Negli eventi sentinella sono inclusi anche gli episodi di violenza a danno degli operatori. Durante l'attività lavorativa il personale dei servizi sanitari è esposto a numerosi fattori di rischio dannosi, sia per la salute che per la sicurezza. Tra questi sta assumendo sempre maggiore rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in un'aggressione (o tentata aggressione), da parte di cittadini/utenti, pazienti, colleghi di lavoro; questa può essere di natura: fisica, verbale quale ad esempio quella realizzata con l'uso di un linguaggio offensivo o sfociare verso altro evento dannoso, il cui esito può essere la causa di un danno alla salute più o meno grave, fino all'esito malaugurato di morte. Al fine di ridurre o contenere la frequenza di tali eventi il Ministero della Salute ha emanato nel 2007 una specifica Raccomandazione – “Raccomandazione n.ro 8 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” – il cui scopo consiste nell'incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio così da prevenirne gli eventuali atti di violenza a danno degli Operatori, attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre, se non eliminare, le condizioni di rischio.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento	Non si sono verificati eventi sentinella presso la Casa di Cura Villa Verde e presso Valparma Hospital.
Piani di miglioramento/ Azioni di monitoraggio Eventi Sentinella	→ Individuazione e formalizzazione dei Risk Manager di struttura. → Sviluppo della procedura per la segnalazione di violenze agli operatori. → Realizzazione del documento Piano Programma Sicurezza delle Cure 2023-2025.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 17/23

TIPOLOGIA	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - CHECKLIST DI SALA OPERATORIA
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist – del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Ottobre 2009. ♦ Gawande AA. Weiser TG. World Health Organization Guidelines for Safe Surgery. Geneva: World Health Organization, 2008. ♦ raccomandazione e checklist 2009 – Linee Guida Regionale FLUSSO SSCL rev.1 2016.
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	La Surgical Safety Checklist (SSCL) è uno strumento a supporto delle équipe operatorie per l'esecuzione dei controlli di aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire incidenti e ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie. In Emilia Romagna l'implementazione della SSCL in sala operatoria si è avviata nell'anno 2010 nell'ambito del progetto regionale Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOS.net), che prevedeva anche l'invio dei dati in Regione da parte delle Aziende aderenti al progetto. Il progetto ha recepito e sviluppato i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale: aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche e registrare le eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti opportune azioni di miglioramento. La checklist regionale, come le analoghe versioni dell'OMS e del Ministero della salute, è organizzata secondo 3 fasi (sign in, time out, sign out); a differenza delle altre, si articola però in due moduli, che consentono sia il monitoraggio della compilazione degli item della checklist sia la registrazione delle eventuali criticità che si dovessero verificare: - modulo 776/a: checklist con 20 item corrispondenti ai controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico; - modulo 776/b: contiene l'elenco delle deviazioni dallo standard ritenute più frequenti e che possono verificarsi nei singoli step di controllo previsti dalla checklist; il modulo è specifico dell'esperienza dell'Emilia-Romagna e contempla complessivamente 36 item relativi a possibili deviazioni dallo standard. Dal 1° gennaio 2017 tutti gli Ospedali pubblici e privati accreditati che effettuano attività chirurgica in regime di ricovero, oltre a compilare la checklist, saranno tenuti a garantire il flusso informativo verso la Regione Emilia-Romagna relativo all'utilizzo della SSCL.

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 18/23

**Analisi del rischio
ed eventuali
criticità/
Aree di intervento**

Riportiamo qui di seguito i dati delle due strutture raffrontate con l'intero sistema regionale.

Dati e indicatori	Anno 2023 VILLA VERDE	Anno 2023 VALPARMA	Totale RER***
Grado di compilazione della CL			
Percentuale di items controllate correttamente nella scheda 776a	98,33%	99,92%	98,60%
Non Conformità (NC)			
Numero di checklist	6.712	1.224	737.818
Numero di checklist con NC	13	1	17.720
Percentuale di checklist con NC*	0.20%	0.08%	2.38%
Numero di NC	14	1	20.482
Media di NC per checklist**	1,05	1,00	1,15
5 NC più frequenti:			
Descrizione NC	Quante	Quante	
Sito non marcato	8	/	
Componenti dell'équipe modificati rispetto a lista operatoria	1	/	
Variazione della procedura rispetto alla programmazione	1	/	
Mancata firma del consenso chirurgico	/	/	
Problemi relativi al numero nosologico	/	1	
Problemi dispositivi medici	4	/	

Glossario

* Checklist con NC sul totale checklist inviate in banca dati.

** NC totali divise per il numero di checklist con NC.

*** I valori regionali si riferiscono a tutte le checklist inviate al 11 Aprile 2024.

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio –
Checklist di Sala
Operatoria**

- Implementazione del flusso dati regionale per quanto di pertinenza e valutazione interna degli indicatori conseguenti.
- Valparma Hospital ha adottato la check list regionale Mod. 776/a – check list oculistica per gli interventi di cataratta.
- La Direzione Sanitaria di Villa Verde ha inviato interrogazioni al referente Regionale in merito ad interpretazioni non univoche del sistema di segnalazione per il malfunzionamento dei dispositivi medici.

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 19/23

TIPOLOGIA	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA																			
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ LINEE GUIDA Flusso SICHER SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO Regione Emilia-Versione 1.0 del 21/11/2016. ♦ Dossier 261/2017 – Regione Emilia Romagna – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.																			
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Le infezioni del sito chirurgico (ISC), tra le principali infezioni correlate all'assistenza, rappresentano una delle complicanze più frequenti in chirurgia e si associano ad un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità attribuibile. Le infezioni del sito chirurgico si verificano nel 2% circa degli interventi chirurgici e una quota rilevante di queste, stimabile fino al 55%, risulta prevenibile. Vi sono numerosi studi che dimostrano come sia possibile ridurre il rischio di ISC, attraverso l'adozione di programmi di intervento che includano la sorveglianza continuativa e il feedback periodico dei dati. Per questi motivi, nel 2005, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha avviato un progetto per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza permanente delle infezioni del sito chirurgico (SICHER). Obiettivi di questo sistema di sorveglianza sono: • ridurre la frequenza delle infezioni del sito chirurgico; • adottare criteri standardizzati per la diagnosi di infezione; • rilevare informazioni utili a calcolare i tassi di infezione tenendo conto del volume di attività di ogni specifica Unità Operativa, del rischio intrinseco del paziente e del rischio legato al tipo di intervento chirurgico; • permettere agli ospedali partecipanti di confrontare i propri dati di incidenza delle infezioni al fine di migliorare le pratiche assistenziali. Il SICHER si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall'NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense. Tali categorie raggruppano le procedure chirurgiche clinicamente simili rendendo possibili confronti omogenei.																			
Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANNO 2023</th><th>Villa Verde</th><th>Valparma</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sessione Operatorie</td><td>804</td><td>39</td></tr> <tr> <td>Sorveglianza</td><td>879</td><td>39</td></tr> <tr> <td>Profilassi</td><td>879</td><td>39</td></tr> <tr> <td>Infezioni</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>% infezioni</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> </tbody> </table>		ANNO 2023	Villa Verde	Valparma	Sessione Operatorie	804	39	Sorveglianza	879	39	Profilassi	879	39	Infezioni	0	0	% infezioni	0%	0%
ANNO 2023	Villa Verde	Valparma																		
Sessione Operatorie	804	39																		
Sorveglianza	879	39																		
Profilassi	879	39																		
Infezioni	0	0																		
% infezioni	0%	0%																		

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 20/23

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio
SICHER**

La Rete si pone come obiettivo primario quello regionale (80%) come grado di adesione della sorveglianza delle procedure da monitorare.

Per la Casa di Cura Villa Verde nel 2023 l'adesione di compilazione delle schede è stata del 65,41%, è leggermente diminuita rispetto all'anno 2022 dove era stata del 69%. È stata messa in atto un'azione di miglioramento per aumentare l'adesione alla compilazione da parte dei medici consentendogli di poterla compilare direttamente sul gestionale al momento della dimissione/telefonata/visita.

È stato organizzato un incontro con il C.I.O. di Rete nel corso del quale sono stati trattati tra gli altri, anche il tema delle Infezioni Correlate all'Assistenza attraverso i seguenti indicatori:

- Tamponi nasali preoperatori (MSSA e MRSA)
- N° di Casi di Clostridium/anno
- N° di Emocolture eseguite/1000gg (quante positive, orfane, contaminate)
- Percentuale di EMO + per E. coli e Klebsiella ESBL (resistenti alle Cefalosporine)
- Percentuale di MRSA su emocolture
- N° di isolati clinici o di tamponi rettali positivi per KPC
- N° di isolati di Acinetobacter o Pseudomonas MDR
- N° di candidemie (gestione Midline)
- Consumo annuale di Antibiotici (DDD/100 gg degenza)
- Consumo annuale gel alcolico litri/1000 GG degenza (OBT Regionale 30 lt/1000 GG deg)
- Compilazione schede SICHER (OBT Regionale > 75%)
- Vaccinazione antinfluenzale operatori
- Consumo annuale guanti non sterili (OBT Regionale riduzione 5% ogni anno)

La Direzione Sanitaria di Villa Verde (anche integrata dal Responsabile medico dei reparti di degenza) ha partecipato a 10 riunioni durante il 2023 e continueranno a partecipare alle riunioni del C.I.O. Interaziendale provinciale con successiva divulgazione ai reparti delle informazioni rilevanti per la struttura e la casistica trattata.

Sono previsti altri incontri nel 2024.

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 21/23

TIPOLOGIA	LESIONI DA PRESSIONE (LdD)																											
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ DOSSIER RER 94/2004 Raccomandazione per la prevenzione delle lesioni da decubito. ♦ Linee di indirizzo regionali E.R. – Maggio 2018.																											
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Le LdD rappresentano un’importante problematica d’ordine sanitario, non solo per la loro diffusione epidemiologica, ma anche per la loro rilevanza clinica, che le vede causa di sofferenza per le persone che ne sono afflitte, di prolungamento del periodo di degenza e d’aumento di morbosità e mortalità. Il loro trattamento richiede poi un notevole impegno economico e gestionale, sia in ambito domiciliare sia in regime di ricovero, che rende prioritaria l’ottimizzazione delle risorse umane, dei dispositivi e dei farmaci disponibili, investendo soprattutto a favore della prevenzione. Il monitoraggio delle LdD e delle misure adottate per evitarle, infine, è correlato alla qualità dell’assistenza poiché le lesioni da pressione rappresentano un evento frequente, potenzialmente prevenibile, grave per il paziente fino a poterne condizionare la sopravvivenza e direttamente legato all’assistenza ed agli ausili erogati. La sorveglianza delle LdD è quindi un efficace strumento nel perseguimento del miglioramento continuo raccomandato in ogni servizio sanitario. Villa Verde Rilevazione del rischio con scala di Braden in cartella infermieristica, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione. Monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione). Valparma Hospital È stato realizzato un modulo elettronico per la Scala di Braden - utilizzata per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione, come sopra indicato, il sistema adottato favorisce il connubio sinergico tra i due strumenti predittivi (cadute e LdP) nato dall’esigenza di migliorare l’approccio organizzativo ai bisogni assistenziali del paziente. L’incidenza complessiva di insorgenza è attestata a livello regionale al 5%. I dati per Villa Verde e Valparma sono i seguenti: <table><tr><th>ANNO 2023</th><th>VILLA VERDE</th><th>VALPARMA</th></tr><tr><td>N° pazienti deceduti c/lesioni</td><td>25</td><td>3</td></tr><tr><td>N° pazienti dimessi c/lesioni</td><td>77</td><td>13</td></tr><tr><td>N° pazienti lesioni guarite</td><td>23</td><td>17</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Insorte qui</td><td>22</td><td>3</td></tr><tr><td>Le avevano in precedenza</td><td>120</td><td>30</td></tr><tr><td>Senza lesioni</td><td>2.724</td><td>905</td></tr><tr><td>Totale pz entrati in reparto</td><td>2.866</td><td>938</td></tr></table>	ANNO 2023	VILLA VERDE	VALPARMA	N° pazienti deceduti c/lesioni	25	3	N° pazienti dimessi c/lesioni	77	13	N° pazienti lesioni guarite	23	17				Insorte qui	22	3	Le avevano in precedenza	120	30	Senza lesioni	2.724	905	Totale pz entrati in reparto	2.866	938
ANNO 2023	VILLA VERDE	VALPARMA																										
N° pazienti deceduti c/lesioni	25	3																										
N° pazienti dimessi c/lesioni	77	13																										
N° pazienti lesioni guarite	23	17																										
Insorte qui	22	3																										
Le avevano in precedenza	120	30																										
Senza lesioni	2.724	905																										
Totale pz entrati in reparto	2.866	938																										

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 22/23

Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento	• I pazienti nei quali sono insorte LdP durante il ricovero a Villa Verde appartengono tutti al reparto di Medicina Lungodegenza. La percentuale di insorgenza nel reparto è stata del 4,6% quindi al di sotto di quella attestata a livello regionale (n. tot pazienti entrati in reparto 480). • Sempre a Villa Verde è già operativo il percorso di documentazione fotografica delle lesioni. • In adeguamento alle Linee di Indirizzo Regionali sul tema, sono stati realizzati eventi formativi <i>ad hoc</i> indirizzati al target sanitario. • Valparma Hospital si è allineata con quanto veniva già fatto a Villa Verde: ha identificato due referenti formalmente incaricati. È iniziata, inoltre, la revisione della procedura di Rete sulle LdP. È stato strutturato un percorso informatico/ivo per l'archiviazione di immagini iconografiche sulle LdP dei pazienti inviato in automatico al Direttore Sanitario. Quanto rappresentato viene successivamente inserito in cartella clinica del paziente. Il sistema informatico garantisce la conservazione e la tracciabilità dei dati nel rispetto delle norme sulla privacy.
Piani di miglioramento/Azioni di monitoraggio – Lesioni da Pressione (LdD)	Identificazione di un tavolo di lavoro presenziato dai referenti incaricati per le Strutture sul tema, con l'obiettivo di individuare e condividere buone pratiche.

Si segnala infine che nel 2023 non si sono registrati incidenti sul lavoro.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	GIUGNO 2024
		Pag. 23/23

CONCLUSIONI

La relazione annuale sugli eventi avversi fornisce una panoramica dettagliata dell'incidenza della gravità e delle cause degli eventi avversi verificatisi nel corso dell'anno precedente.

I risultati presentati derivano da una completa adesione delle strutture della Rete ai sistemi di monitoraggio raccomandati da Agenas e dalla RER; l'implementazione di un sistema di segnalazione degli eventi rapido e facilmente accessibile ha consentito di migliorare la cultura della segnalazione e promuovere un ambiente di apprendimento continuo per intervenire tempestivamente e per prevenire le ricorrenze di eventi.

La Rete intende potenziare ulteriormente le pratiche di comunicazione e la formazione del personale in quanto potenti strumenti per sviluppare l'attenzione ai temi della gestione del rischio e per promuovere la cultura del miglioramento continuo. L'incidenza di eventi descritti è stabile e totalmente allineata (in alcuni casi migliore) rispetto ai valori di riferimento nazionali e regionali.

Questi risultati sono stati comunque oggetto di valutazione multiprofessionale al fine di comprendere nel dettaglio le modalità degli eventi per identificare, ove possibile, ulteriori azioni di miglioramento; a titolo di esempio rivedere e aggiornare regolarmente le politiche e le procedure in base alle nuove evidenze e *best practice* del settore sanitario, sviluppare contesti tecnologici e strutturali orientati anche a ridurre la probabilità di eventi avversi.

Intendiamo quindi:

- Recepire e adattare al contesto le eventuali nuove disposizioni, indirizzi, raccomandazioni e linee guida specifiche con impatto sulla sicurezza delle cure e gestione del rischio,
- Migliorare costantemente il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi alla sicurezza e gestione del rischio, privilegiando l'informatizzazione delle registrazioni vista come leva per aumentare la capacità di elaborazione delle informazioni raccolte;
- Monitorare con sistematicità il livello di adesione a raccomandazioni Agenas e sviluppare gli obiettivi specifici sul tema del rischio, declinati nel Piano Attività e nel PPSC.

Per Rete Ospedaliera Qualità e Salute

I Direttori Sanitari e Risk Manager

Dott. Sergio Roti



Dr. Orazio Cassiani



Dott. Gianni Rastelli

