



**Centro
Riabilitazione
Motoria s.r.l.**

Handicaps: Fisici - Psicici - Sensoriali

Relazione

Ai sensi dell'art. 2 comma 5
della legge 08 marzo 2017

Ai sensi dell'art. 4 comma 3
della legge 08 marzo 2017

Anno 2023

INTRODUZIONE

Così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” la sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure” e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

Come indicato nella normativa per l’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie private accreditate (rif. DCA 124/2012), la gestione degli eventi avversi è un requisito meritorio tra quelli di classe “C” per l’accreditamento istituzionale, sia in termini di gestione che di formazione del personale interessato.

La struttura ha, quindi, sin dal 2012 intrapreso un percorso di gestione degli eventi avversi basato sulla segnalazione di ogni tipologia di evento (evento sentinella, evento avverso, near miss event) e sulla analisi dello stesso da parte del Team di Risk Management interno.

Tale sistema, come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria, risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza; per tanto l’azienda si è impegnata a sviluppare corsi di formazione sulla gestione degli eventi avversi per tutto il personale a cadenza periodica.

È ormai noto in letteratura (rif. Proporzione di Heinrich) che la segnalazione sia lo strumento principale per identificare le situazioni potenzialmente pericolose e consenta alla struttura di attivare quelle misure preventive che riescano statisticamente a ridurre danni a pazienti ed incidenza degli eventi avversi nella normale gestione delle attività.

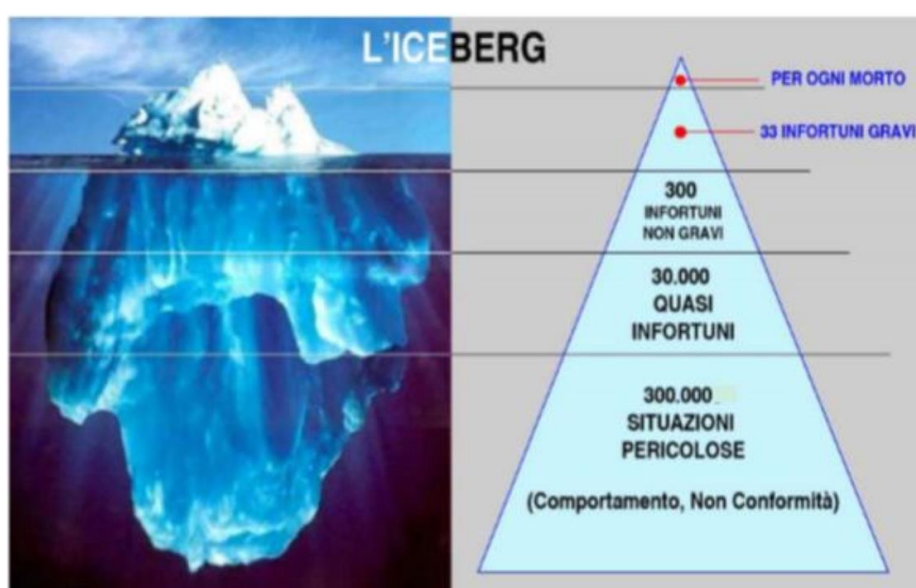


Figura 1 - Metafora dell'Iceberg

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell'08 marzo 2017, intendono rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nel corso dell'ultimo anno, segnalati con i tradizionali sistemi di incident reporting

1. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2012 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento. Al fine di perseguire un corretto monitoraggio dei processi, l'azienda attua un sistema di segnalazione e gestione degli eventi sentinella identico a quello degli eventi avversi, come dettagliato nel seguente diagramma di flusso:

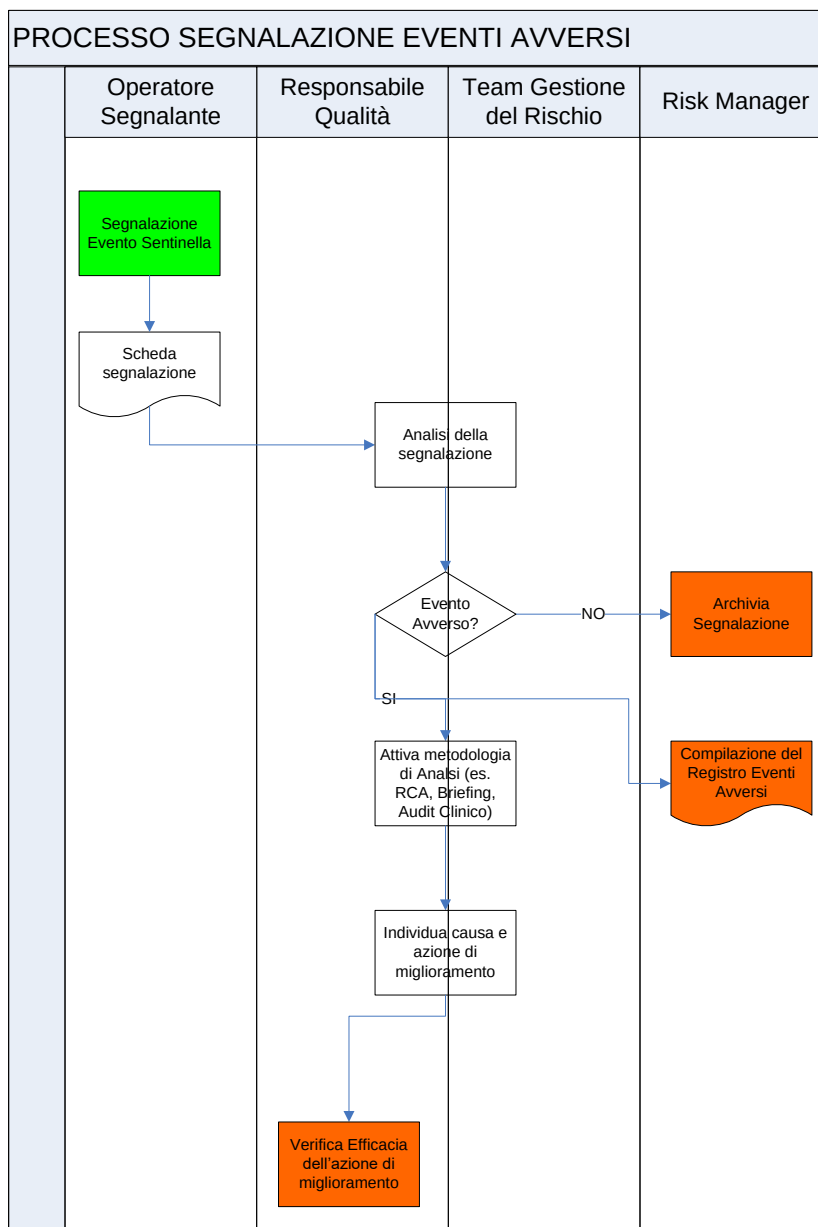


Figura 2 - Diagramma di flusso Gestione Eventi Avversi

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, sono approfondite mediante tecniche di analisi del rischio, quali l'audit o la root cause analysis (riservata ad eventi particolarmente complessi), in linea, tra l'altro, con i corsi di formazione svolti in azienda.

Evento sentinella	N° casi
Morte o grave danno per caduta di paziente	0
Atti di violenza a danno di operatore	0
Morte o grave danno al paziente in seguito a trattamento sanitario programmato	0
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0
Errata procedura su paziente corretto	0

Pertanto, occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte, tra l'altro, a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

Tutti i regolamenti, le procedure, la modulistica allegate, sono rese disponibili a tutto il personale mediante il Responsabile Qualità e con l'ausilio dell'Elenco dei documenti attualmente in vigore in azienda.

Relativamente all'anno 2023 non sono stati segnalati eventi avversi nella struttura; sebbene tale dato rientri in una casistica di auspicabilità, è opportuno evidenziare che ulteriori livelli di sensibilizzazione del personale saranno condotti nel corso del 2022 per incentivare le segnalazioni ed aumentare la significatività di tale informazione

2 Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near missevent.

Per facilitare la segnalazione, nella nostra azienda è stato predisposto un modulo cartaceo accessibile a tutti gli operatori.

Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

Dati relativi al Paziente

Cognome e Nome

Data di nascita Codice Fiscale

Circostanze dell'evento

Data ora in cui si è verificato

L'incidento si è verificato (es. camera, bagno, ecc.)

Regime di erogazione

Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)

Tipi di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)

☐ Ritardo procedura diagnostica

☐ Mancata procedura diagnostica

☐ Inadeguata procedura diagnostica

☐ Ritardo procedura terapeutica

☐ Mancata procedura terapeutica

☐ Inadeguata procedura terapeutica

☐ Ritardo prescrizione farmaco

☐ Mancata prescrizione farmaco

☐ Inadeguata prescrizione farmaco

☐ Ritardo prestazione assistenziale

☐ Mancata prestazione assistenziale

☐ Inadeguata prestazione assistenziale

☐ Infezione

☐ Aggressione tra pazienti

☐ Reazione da farmaci

☐ Malfunzionamento di dispositivi/appar.

☐ Caduta

☐ Altro

Cause che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al Paziente

☐ Condizioni generali precarie/fragilità

☐ Non coscienti/scaricamento orientato

☐ Poca/mancata autonomia

☐ Barriere culturali

Fattori legati al personale

☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure

☐ Inadeguate conoscenze/inesperienza

☐ Fatica/stress

☐ Mancata/inadeguata documentazione

☐ Mancata supervisione

☐ Scarso lavoro di gruppo

Fattori legati al Sistema

☐ Gruppo nuovo/inesperto

☐ Elevato turn-over

☐ Scarso coordinamento assistenziale

☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure

☐ Mancato coordinamento

☐ Mancata/inadeguata comunicazione

☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature

☐ Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature

☐ Mancanza/inegualezza materiale di consumo

☐ Ambiente inadeguato

☐ Mancata verifica apparecchiature

☐ Insufficiente addestramento

Altri fattori (specificare)

Fattori che possono aver ridotto la gravità dell'evento

☐ Individuazione precoce

☐ Buona assistenza

☐ Buona pianificazione

☐ Caso

☐ Altro

Esito dell'evento:

Come si poteva prevenire l'evento? (es. verifica attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio allarme, ecc.)

Evento potenziale

Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento non occorso (es. personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)

☐ Livello 1

Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)

☐ Livello 2

Evento effettivo

NESSUN ESITO: Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)

☐ Livello 3

ESITO MINORE: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento

☐ Livello 4

ESITO MODERATO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)

☐ Livello 5

ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza

☐ Livello 6

ESITO SIGNIFICATIVO: Ammissione in ospedale o prolungamento delle degenza/ condizioni che permangono alla dimissione

☐ Livello 7

ESITO SEVERO: Disabilità permanente/ contributo al decesso

☐ Livello 8

Valutazione del rischio futuro

Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi

☐ NO

☐ SI

Sono stati intrapresi accorgimenti dalla DSA a seguito dell'intervento per evitare il riaccadimento o ridurre la possibilità?

☐ NO

☐ SI

Se sì Quali?

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?

☐ Indagini di laboratorio

☐ Visita medica

☐ Ricovero ordinario

☐ Indagini radiologiche

☐ Consulenza specialistica

☐ Altro

☐ ECG

☐ Medicazioni

☐ Altre indagini

☐ Intervento chirurgico

Struttura sanitaria che ha operato il primo soccorso o ha accertato la lesione o la morbidità provocata dall'evento avverso:

L'evento è documentato in cartella clinica?

☐ SI

☐ NO

L'evento ha generato un'azione risarcitoria?

☐ SI

☐ NO

Responsabile Medico dell'Incident Reporting

Altro Medico

Firma Data

2. Risarcimenti Erogati Ultimo Quinquennio

La Legge 08/03/2017 n. 24 prevede che le strutture sanitarie pubblichino sui propri siti internet, una statistica riguardante i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, con riferimento esplicito ai risarcimenti erogati per sinistri, escludendo de facto pagamenti connessi a smarrimento di oggetti personali, danni a cose, etc.

ANNO	Importi Risarciti
2023	-€
2022	-€
2021	-€
2020	-€
2019	-€

Data 13/02/2024

Il Presidente

Il Direttore Sanitario