

Relazione EVENTI AVVERSI E EVENTI SENTINELLA GESTITI DALLA DIREZIONE SANITARIA DI SAN PIER DAMIANO HOSPITAL ANNO 2023

Responsabile legale Struttura: Dott. Lorenzo Venturini (Amministratore Delegato SPDH)

Responsabile del documento :Dott.ssa Valentina Di Gregori (Direttore Sanitario SPDH e Clinical Risk Manager)

Contatti per chiarimenti: Livia Solaroli (collaboratrice di Direzione Sanitaria)

San Pier Damiano Hospital Direzione Sanitaria
0546.671506 o dirsan-spd@gymnet.it

Introduzione e descrizione dell'attività di San Pier Damiano Hospital

Fondata negli anni '60, San Pier Damiano Hospital è una struttura ospedaliera polispecialistica accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale. Da metà degli anni '90 fa parte di GVM Care & Research. Nel 2014 sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione, iniziati nel 2011, che hanno portato San Pier Damiano Hospital a raggiungere, sia da un punto di vista strutturale che tecnologico, i massimi livelli di efficienza e qualità.

La struttura ospedaliera dispone di 148 posti letto per ricoveri di diagnosi e cura. Offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, relative alle seguenti specialità sanitarie:

- Chirurgia Generale e Proctologia
- Chirurgia per le malattie infiammatorie croniche intestinali
- Ginecologia
- Medicina Generale
- Chirurgia Bariatrica
- Medicina Riabilitativa e Rieducazione funzionale
- Medicina Respiratoria

- Terapia Intensiva ad indirizzo respiratorio
- Ortopedia:
 - Chirurgia della colonna
 - Chirurgia della mano
 - Chirurgia del piede
 - Protesica arti inferiori e superiori
 - Ortopedia
 - Ortopedia pediatrica
 - Chirurgia del gomito

- Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Urologia

Il comparto operatorio è costituito da quattro sale operatorie e un ambulatorio chirurgico, dedicate all'attività chirurgica. È attiva 24 ore su 24 un'Unità di Terapia Intensiva ad indirizzo respiratorio dotata di 6 posti letto, tutti attrezzati con monitoraggio continuo necessario per la gestione ottimale del paziente critico. San Pier Damiano Hospital dispone quindi di:

- Ambulatori polispecialistici
- Centro Nefrologia-Dialisi (12 posti)
- Servizio di Diagnostica per immagini: Risonanza Magnetica a cielo aperto, TAC, Radiologia tradizionale, Ecocolordoppler, Ecocardiogramma, Ecografo per Biopsia Fusion, Mineralometria ossea (MOC)
- Servizio di Endoscopia digestiva
- Esami di laboratorio
- Servizio di Terapia fisica
- Servizio di anestesia e rianimazione
- Sala di chirurgia ambulatoriale

Nel 2023 gli operatori impegnati a San Pier Damiano Hospital risultano così suddivisi:

Professionisti	N totale tra dipendenti e LP
Medici	152
Infermieri	116
Tecnici sanitari	17
Operatori sociosanitari	21
Amministrativi	17
Ausiliari	2
Addetti alle pulizie	16

Alcuni dati di attività del 2023:

NUMERO DI RICOVERI (SERVICE E AMBULATORIALI INCLUSI)	6678
GIORNATE DI DEGENZA	31809
INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE	2414
INTERVENTI DI CHIRURGIA ORTOPEDICA	1656
INTERVENTI DI OTORINO	491
INTERVENTI DI UROLOGIA	258
CASI DI ENDOSCOPIA	992
SEDUTE DI DIALISI	6341

La rete di gestione del rischio a San Pier Damiano

Il Direttore Sanitario funge da controllo e da prima allerta verso i casi di non conformità e quasi eventi. IL Risk Manager invece agisce di concerto con il Direttore Sanitario e con la Direzione Generale per svolgere la segnalazione all'ente di competenza (Regione) ed effettuare analisi di contesto e di evento andando a ritrovare cause e fattori contribuenti il rischio.

Il Risk Manager peraltro riveste anche il ruolo di Direttore Sanitario e di supporto alla Direzione Generale nell'acquisizione di nuove strumentazioni o nelle decisioni organizzative che impattino le scelte cliniche programmatiche e interventive.

Il Comitato Rischio Clinico è costituito dal Risk Manager, dal Direttore Sanitario, dal RAQ, da una collaboratrice di Direzione Sanitaria, dai coordinatori infermieristici dei reparti delle medicine, della Terapia Intensiva, dei Poliambulatori e delle chirurgie e dai Referenti medici dei suddetti reparti.

Le relazioni istituzionali di rilevanza per la Sicurezza sono determinate dal continuo interscambio di linee guida ed informazioni con gli operatori Regionali per il network di Salute e Sicurezza del Cittadino , i Comitati Consultivi Misti (Lugo e Faenza), le associazioni di categoria professionale di cui il Risk Manager è membro tra cui Associazione Nazionale Direzione Ospedaliera (ANMDO), SIMPIOS (Società Italiana Infezione Ospedaliera), Società Italiana di Igiene (SITI) e EUPHA (European Public Health Association).

Metodologie

Si attiva la segnalazione spontanea tramite scheda di segnalazione di rischio clinico, di incident reporting attraverso il riposizionamento della cassetta di segnalazione spontanea presso gli spogliatoi e reparto dialisi oppure direttamente in DS. Le NC o problemi clinici sono invece segnalate e trasmesse dagli operatori via mail. Attraverso mail ripetute del DS viene riepilogata la utilità e la necessità di compilare gli incident reporting e comunque di segnalare eventi avversi e quasi eventi.

La procedura PG-13 prevede la gestione degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella conformemente alla normativa vigente, il documento è stato diffuso a tutto il personale e si sono svolti corsi di formazione sui temi della gestione del rischio.

Il Risk Manager in ottica di miglioramento e prevenzione del rischio, dal 2017 ha istituito un report separato semestrale per la registrazione degli incident reporting. La documentazione relativa ad eventi avversi ed eventi sentinella viene raccolta assieme a quella del Risk Management; l'analisi di tali eventi avviene attraverso la pianificazione di audit interni e/o svolgimento di analisi attraverso il metodo FMEA. Vengono, inoltre, effettuati e regolarmente verbalizzati incontri di organizzazione e verifica sulle tematiche del Risk Management, al fine di promuovere ed incentivare una sempre maggior sensibilizzazione degli operatori sanitari alla cultura del Rischio Clinico. Durante questi incontri, svolti a cadenza almeno trimestrale, si condividono eventuali avvisi di sicurezza provenienti dal Ministero della Salute o dall'AIFA, nonché comunicazioni di ritiro farmaci ecc. e si aggiornano, quando necessario, le procedure interne di Struttura.

In tali contesti si analizzano i dati relativi a :

1. Incident reporting,
2. eventi sentinella SIMES
3. segnalazione dei cittadini per la gestione del rischio
4. dati SOSnet
5. dati SICHER
6. infezioni correlata all'assistenza
7. sorveglianza CPE
8. cadute
9. lesioni da pressione
10. contenzioni
11. farmacovigilanza
12. emovigilanza
13. sinistri

- 14.reclami
- 15.registri
- 16.infortuni dei lavoratori
- 17.audit e FMEA casi singoli
- 18.dispositivi medici
- 19.revisione audit di cartelle
- 20.monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza AGENAS
- 21.indagini epidemiologiche
- 22.allontanamento
- 23.indicatori di rischio clinico (sepsi postoperatoria per chirurgia di elezione, mortalità intraospedaliera nei dimessi con drg a bassa mortalità, embolia polmonare o trombosi venosa postchirurgica)
- 24.atti di violenza contro gli operatori
- 25.misurazioni sulla cultura della sicurezza
- 26.non conformità derivanti dall'analisi del Nucleo di Controllo aziendale AUSL cartelle cliniche e dai controlli interni;
- 27.verbali comitato infezioni ospedaliere;
- 28.standard di prodotto;
- 29.non conformità di sistema qualità;
- 30.reclami.

Nell'ambito delle riunioni periodiche vengono coinvolti i referenti di Area interessati.

Linee di indirizzo dal Comitato Valutazione Sinistri di GVM care and research

Il Comitato ,sulla base dei sinistri pervenuti, informa e consiglia la Direzione di San Pier Damiano sulle soluzioni per prevenire il rischio clinico attraverso le circolari e gli incontri periodici. E' composto da professionisti nominati internamente che si occupano della gestione dei contenziosi sanitari.

DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI SULLA SICUREZZA DELLE CURE ED INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

1)RECLAMI E SUGGERIMENTI	
Letteratura/normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">· D.P.C.M. 19 maggio 1995 “Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari”.· Delibera di Giunta regionale n. 1943 del 4 dicembre 2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie”.• Norma UNI-EN-ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità – requisiti”

Descrizione dello strumento : I reclami sono lo strumento più diretto che l’utente ha per segnalare alla Direzione della Struttura ciò che non ha funzionato.

Il reclamo può essere inviato tramite lettera o fax oppure compilato nell’apposita sede relativa agli URP sul sito della Struttura. I reclami sono gestiti da Direzione Generale e Direzione Sanitaria che provvede a dare una risposta immediata e comunque entro 15 giorni, coinvolgendo anche le figure professionali interessate. Quando il reclamo interessa un professionista sanitario questo viene coinvolto chiedendo una relazione dettagliata dell’evento.

Sono presenti, solo nelle zone pertinenti agli ambulatori, alcuni totem per una valutazione rapida da parte dell’utente sul servizio usufruito nell’area Poliambulatori, Diagnostica per Immagini.

Per la valutazione del servizio usufruito presso gli Ambulatori e i reparti, il controllo si effettua anche tramite un questionario inviato al paziente attraverso un link sul cellulare.

Entrambi i sistemi producono un report che contiene una valutazione tramite campi numerici che consente di entrare nel dettaglio di diverse aree di funzionamento della struttura.

Oltre a quanto sopra descritto viene effettuato un monitoraggio di qualità della gestione tramite interviste ai pazienti a cadenza bimestrale con compilazione di report apposito.

Analisi del rischio ed eventuali criticità:I reclami del 2023 sono stati tutti trattati e riguardano prevalentemente alcuni settori come Diagnostica per Immagini e Accettazione. Per quanto riguarda il Servizio Prenotazione e Accettazione nel 2023 è stato implementato il piano lavoro e le modalità di approccio al paziente mentre per quanto riguarda il Contact Center è prevista un'attività di continua formazione e aggiornamento.

Interventi ed azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione della singola segnalazione/suggerimento con comunicazione del trattamento all'utenza.

Valutazione dei risultati e prospettive future

Gestione delle modifiche di percorso clinico, gestione risultati dei nuovi questionari di gradimento, gestione delle segnalazioni del cittadino al sistema sanitario pubblico, monitoraggio tempi di refertazione degli esami di diagnostica per immagini.

2) INCIDENT REPORTING	
Letteratura/normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • D.M. 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 appropriatezza clinica sicurezza).

Descrizione dello strumento : Nella nostra struttura abbiamo adottato il sistema di segnalazione degli errori o quasi errori così come previsto dal sistema di segnalazione del rischio della Regione Emilia Romagna. Si utilizza quindi il questionario di segnalazione presente nel portale regionale in cui vengono riportate segnalazioni cartacee interne alla struttura.

Analisi del rischio ed eventuali criticità: Abbiamo identificato nello scorso anno problematiche legate al sistema informatico di gestione della terapia , alla nuova attivazione della cartella clinica informatizzata Whospital

Interventi azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione delle singole segnalazioni da parte di clinici ed operatori sanitari, revisione delle segnalazioni durante Comitato del rischio clinico e discussione delle azioni correttive , SEA e FMEA da applicare secondo casistica intercorsa.

Valutazione dei risultati e prospettive future

Il numero in aumento delle segnalazioni di incidente, successive all'attività di sensibilizzazione eseguita dal Clinical Risk Manager nella Struttura, permette di verificare molto meglio i processi ed apporre le opportune modifiche ai percorsi. Abbiamo corretto i problemi del sistema informativo che portavano ad errore i nostri operatori.

3) CADUTE	
Si definisce caduta un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto. (Rac. Min. salute n. 13/2011).	
Letteratura/normativa di riferimento	Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, n. 13/2011; - Linee di indirizzo RER 2016 su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale; - DGR 1350 del 2012 "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie"; - "Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale", Centro studi EBN, Bologna, 2004. - Gli standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali- 6° edizione in vigore dal 1 luglio 2017

Descrizione dello strumento : L'Ospedale San Pier Damiano ha aderito al progetto regionale di rilevazione cadute che contiene tutti gli item previsti da Linea guida regionale "Linee di indirizzo RER 2016 su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale".

L'azienda dispone di un sistema di monitoraggio delle cadute dei pazienti ricoverati attraverso un applicativo specifico di segnalazione degli eventi cadute e attraverso un monitoraggio dei dati cartaceo che viene registrato assieme agli altri incident reporting, nel report di Direzione Sanitaria.

La DS identifica le responsabilità della sua chiusura e verifica, e ne gestisce la archiviazione e il suo invio attraverso piattaforma regionale .I moduli cartacei e i dati presenti sul sistema informatico vengono periodicamente confrontati con la Direzione del personale infermieristico e tecnico. I dati vengono discussi periodicamente in sede di Comitato di Rischio Clinico e nelle Unità Operative durante gli incontri organizzativi. Vengono pianificati audit semestrali con revisione delle cartelle cliniche con i casi di caduta che si sono verificati.

Analisi del rischio ed eventuali criticità:

La valutazione del rischio di caduta è una pratica clinica riconosciuta di competenza del personale infermieristico all'ingresso in struttura durante la raccolta dati anamnestica e durante la valutazione del piano assistenziale. Ogni volta che il paziente varia condizioni cliniche è necessario effettuarla nuovamente. Inoltre contribuiscono il personale medico grazie ai dati ricavati dalla anamnesi e gli impiegati del Customer service che segnalano , quando necessario, la richiesta di accompagnamento per il paziente.

Il livello di rischio deve essere riportato nella documentazione clinica in uso con evidenza del professionista, della data e dell'ora in cui è stata effettuata la valutazione. La valutazione della necessità assistenziale viene fatta attraverso la Scala di Conley e la valutazione ambientale. La presenza di un elemento di rischio individuato è sufficiente per avviare azioni di prevenzione delle cadute e la pianificazione assistenziale.

Interventi azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione della singola segnalazione, implementazione di cartellonistica specifica sul rischio, audit clinici, adesione Piano Regionale per la prevenzione cadute che prevede formazione degli infermieri a facilitatori aziendali.

4) LESIONI DA PRESSIONE

Le [lesioni da pressione](#) (LdP) sono aree circoscritte della cute e dei tessuti sottostanti che hanno subito danneggiamenti per via della combinazione della pressione e di altri fattori.

Quando i tessuti molli subiscono una compressione prolungata tra una prominenzza ossea e una superficie solida il rischio di lesioni e di necrosi cellulare è molto alto.

Letteratura/normativa di riferimento

Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche – servizio assistenza territoriale - area Farmaco e dispositivi medici, Gennaio 2016 – Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM), Direzione Generale sanità e politiche sociali per l'integrazione (Delibera Giunta Regionale n. 1523/2008).

Allegato 1 Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. CRDM gennaio 2016.

www.ewma.com

www.aislec.it

www.epuap.it *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: guida rapida di riferimento- edizione 2014.*

www.evidence.it Giugno 2014/Volume 6/lusse5/e1000080 *Best Practice Linee Guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e i ospedale.*

[National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\) 2014. Pressure ulcer: prevention and management.](#) Clinical Guideline. Published: 23 aprile 2014

- Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale- Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna- Maggio 2018

Descrizione dello strumento : All'interno dell'Ospedale San Pier Damiano Hospital abbiamo inserito una documentazione tale da permettere una valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione sul paziente come la scheda Braden , che tiene conto di fattori che ne determinano il rischio.La

valutazione viene fatta quando il paziente non è più in grado di movimenti autonomi e quindi resta allettato, e viene ripetuta ogni settimana. Inoltre è presente un sistema di segnalazione informatizzata di queste lesioni attraverso specifico applicativo, affinché la Direzione sia aggiornata in tempo reale. Questo software permette di effettuare report specifici calcolando anche incidenza per reparto , per giornate di degenza e per numero pazienti.

I dati vengono valutati periodicamente durante il Comitato rischio clinico.

Analisi del rischio ed eventuali criticità: L'utilizzo di strumenti clinici uniformi su tutto l'Ospedale affinché venga rilevato il rischio e di specifici strumenti che permettono indicazioni ad hoc sul trattamento delle lesioni ha l'obiettivo di fornire continuità di cura al paziente e rendere comprensibili e condivisibili i percorsi ad esso dedicati.

Interventi azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione delle singole segnalazioni da parte di clinici , operatori o pazienti stessi, formazione del personale secondo le linee guida Regionali e aggiornamento procedura secondo le linee guida regionali (RER 15/11/2018), Audit cartelle cliniche

Valutazione dei risultati e prospettive future

Audit periodici e formazione continua

5) SICUREZZA NELLE TRASFUSIONI	
Letteratura/normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto del ministero della salute del 2 novembre 2015: disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. • Legge 21 ottobre 2005 n. 219: nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati. • PA09 rev. 00 del 29/01/2016 Acquisizione del consenso informato • P01 La corretta pratica per la terapia trasfusionale - SSR • P01 La corretta pratica per la terapia trasfusionale – SSR

Descrizione dello strumento : Il sistema di sicurezza per trasfusioni è garantito dal continuo controllo crociato dei dati personali del trasfuso sulla base della assegnazione informatica della sacca da parte del Trasfusionale.

L'utilizzo del type and screen per tutti i pazienti chirurgici , senza la necessità di prendere le sacche in anticipo, permette di raccogliere nella frigoemoteca un numero inferiore di sacche rispetto a prima. Questa procedura permette di avere la produzione, da parte del TrASFusionale, del sangue specifico per il paziente nell'arco di mezz'ora, senza richiederlo in anticipo, evitando così il rischio di errore.

Analisi del rischio ed eventuali criticità: implementazione del sistema di controllo delle temperature di trasporto attraverso sistema EMOTRACE.

Interventi azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione delle singole segnalazioni da parte di clinici ed operatori sanitari, revisione del percorso della registrazione delle temperature con verifica giornaliera del tracciato informatico

Valutazione dei risultati e prospettive future abbiamo identificato assieme al TrASFusionale una possibile strategia di esecuzione del type and screen anticipato rispetto al momento del ricovero.

6) PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE:	
Letteratura/normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie socio-sanitarie (Agenzia Sanitaria Regionale – febbraio 2017) • Linee guida Flusso SICHER sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (21.11.2016) • Manuale di istruzioni per l'utilizzo del sistema MAppER (revisione marzo 2016), ASSR-RER • Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2013 n. 318 "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici" • MEMO 7 "Igiene delle mani", ASSR-RER (settembre 2011) • Dossier 189/212 "Cure pulite sono cure più sicure" Rapporto finale della campagna nazionale OMS, ASSR-RER 2010 • Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza "Prevenzione e

	<p>controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie INF-OSS”, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Progetto CCM 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Guidance on Engaging Patient and Patient Organizations in Hand Hygiene Initiatives”, OMS Agosto 2009 • “National evidence-base guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England”, Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA et al. J Hosp Infect, EPIC2, 2007 • Piano Nazionale di contrasto all’antibiotico resistenza PNCAR 2022 2025, Ministero della Salute
--	---

Descrizione dello strumento :La prevenzione infezioni è di competenza del Comitato Infezioni ospedaliere che stabilisce le indicazioni da dare a tutta la struttura nell’ambito specifico. Durante ogni incontro vengono riesaminati i casi di infezione/contaminazione del trimestre precedente .

Vengono inoltre discusse le segnalazioni siccome da Protocollo di sorveglianza regionale. Infine vengono revisionati i risultati del campionamento ambientale effettuato semestralmente , nei vari reparti oltre che nelle sale operatorie.Vengono gestite le istanze singole dei reparti su specifici casi di isolamento e/o trattamento.

Analisi del rischio ed eventuali criticità: Vengono monitorate le casistiche ortopediche, fisioterapiche e urologiche e segnalate le infezioni del sito chirurgico come sorveglianza di reparto. Revisioni dati di pulizia di reparto assieme alla capo cantiere del servizio di pulizia affinché possano esserci degli aggiustamenti operativi.

Interventi azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gestione delle singole segnalazioni da parte di clinici ed operatori sanitari, Monitoraggio tramite interviste di followup, revisioni campionamenti ambientali

Valutazione dei risultati e prospettive future

Abbiamo aggiunto nell’ambito della revisione dei dati aziendali anche la lettura di tutti i report riguardanti i focolai epidemici infettivi nazionali ed internazionali affinché si possano intercettare eventuali nuove epidemie e pandemie.

Risultati:

Nell'anno 2023 non si sono registrati eventi sentinella; sono state effettuate 47 segnalazioni di incident reporting (di cui 40 cadute).

Ciò su un totale di prestazioni ambulatoriali pari a n=124.983 (SSN e private) e n= 6678 ricoveri ordinari e ambulatoriali.

In tal senso si è provveduto a favorire una cultura della segnalazione e una sensibilità aumentata verso il rischio nell'arco di tutto 2023, promuovendo incontri del Comitato Risk Management.

Si è provveduto inoltre a evidenziare ai sanitari l'importanza di segnalare le reazioni avverse ai farmaci utilizzati durante la pratica clinica, ricordando agli stessi che tali segnalazioni devono essere trasmesse – mediante l'utilizzo del modulo AIFA – al Responsabile Regionale di Farmacovigilanza. Nell'anno 2023 non sono state ricevute segnalazione ADR (Reazione avversa a farmaci).

Conclusioni:

L'analisi tempestiva delle segnalazioni ha consentito di identificare gli ambiti di criticità che necessitano di azioni migliorative. Ciò a conferma della importanza della implementazione della gestione e prevenzione del rischio clinico.

Tale metodologia ha consentito di aumentare il livello di sicurezza del paziente da una parte mediante lo svolgimento di migliori analisi sui percorsi di cura e, dall'altra, sviluppando azioni migliorative da implementare in base ai risultati dell'analisi FMEA.

Faenza , 12 Marzo 2024

In fede, Il Risk Manager