PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024

RISULTATI ANNO 2023 - PIANO ANNO 2024

RISK MANAGER Dott. PANTAZIS PANTAZOPOULOS

"VILLA SALUS"
Istituto Elioterapico Ortopedico srl
Il Presidente
Dott.ssa Irena Cecchi

Indice generale

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO....3
2. DATI DI PRODUZIONE....4
3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE....4
4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI....5
5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'....6
6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2023. .6
6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI....7
6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING....7
6.4 ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA....8
6.5 RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA....10
6.6 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES....10
6.7 EMOVIGILANZA....11
7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA....11
7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2023 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO....11
7.2 SAFETY WALK ROUND....11
7.3 CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA....12
7.6 CONTROLLI AMBIENTALI:....13
7.7 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI....15
7.8 DISPOSITIVO VIGILANZA: Gestione Elettromedicali da parte del servizio di Ingegneria Clinica....15
7.9 Segnalazioni da parte del Servizio Prevenzione Protezione....15
8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2024....16
8.1 INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2024....16
8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza. 16
8.3 DOCUMENTAZIONE SANITARIA....16
8.4 ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2024....16
8.5 ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2024 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO....17
8.6 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2024 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE. .17
8.7 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2024 IN TECNOLOGIE DIGITALI....17
8.8 PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2024....18
SCHEDA N. 01- 2024....18
SCHEDA N. 02- 2024....19
SCHEDA N. 03- 2024....20

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura "Villa Salus" è un Ospedale Privato Accreditato dalla Regione Emilia-Romagna e dal Servizio Sanitario Nazionale come struttura di riabilitazione atta ad erogare prestazioni sanitarie:

1. in regime di ricovero riabilitativo estensivo (cod.60) ed ex art.26 legge 833/71
2. in regime ambulatoriale (erogazione visite ortopediche, fisiatriche ed ecocolordoppler)
3. Presidio di Medicina Fisica e Riabilitativa

La riabilitazione estensiva ha come obiettivo principale quello di trattare pazienti affetti da esiti di eventi patogeni disabilitanti che necessitano di attività sanitaria finalizzata al massimo recupero funzionale con l'obiettivo di prevenire le menomazioni secondarie, curare la disabilità, contenere o impedire lo svantaggio derivante dalla menomazione disabilitante e favorire la migliore qualità della vita e il reinserimento sociale.
Il ricovero ex art.26 prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.
La Struttura è accreditata anche all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali ortopediche, fisiatriche, ecolordoppler e terapia fisica riabilitativa.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le prestazioni dedicate al Presidio di medicina fisica e riabilitativa a carico del SSN vengono concordate con il committente (Az. USL ROMAGNA) e sono budgetariamente regolarizzate nell'ambito dell'accordo di fornitura dell'anno in corso.

La tipologia e l'entità economica delle prestazione è regolamentata dai seguenti documenti di riferimento:
- Accordo generale tra Regione Emilia Romagna-AIOP
- Contratto di fornitura con l'Azienda USL Romagna

Il reparto di degenza è dislocato al Piano Rialzato e consta di 40 p.l. fino al 31/12/2023 mentre dal 2024 i posti letto saranno 36.
Al reparto di degenza sono destinati prevalentemente pazienti parzialmente non autosufficienti.
Al piano terra, adiacente al fabbricato principale, è collocata la palazzina adibita a presidio ambulatoriale di Riabilitazione.
L'attività ambulatoriale collocata nei locali del piano rialzato comprende:
- poliambulatori per visite fisiatriche ed ortopediche
- poliambulatori per ecocolordoppler ed ecografie semplici
- poliambulatorio per ossigeno-ozono terapia

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN vengono concordate con il

committente (AUSL Romagna) e sono budgetariamente regolarizzate nell'ambito dell'accordo di fornitura per l'anno in corso.
Le prestazioni a carico di privati vengono concordate con la Segreteria della Casa di Cura la quale provvede a fissare gli appuntamenti.

2. DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio/dicembre 2023-2021

AREA DELLA PRODUZIONE – VOLUMI E APPROPRIATEZZA	2023	2022	2021
N° ricoveri	513	445	373
Gg degenza	13.226	11187	7985
N° ricoveri AUSL Romagna	278	244	50
Gg degenza Ausl Romagna	7963	7067	1070
N° ricoveri da altre AUSL	235	201	323
Gg degenza da altre AUSL	5263	4120	6915
N° ricoveri cod. 60 .	511	445	373
Gg degenza cod. 60	13.194	11187	7985
Tasso di utilizzo dei posti letto totali	90,6%	76,6%	54,7%
AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL RICOVERO	**2023**	**2022**	**2021**
% Dim. ordinarie	94 %	%	%
% Decessi	-	-	-
% Trasferimento per acuti	5 %	%	%
% Dim Volontaria	0,77%	%	%
QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	**2023**	**2022**	**2021**
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	100%	90%	90%
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	1,3%	-	-
numero cadute/totale giornate di degenza	0,28%	-	-
% rilevazione dolore in cartella	100%	-%	-%
AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	**2023**	**2022**	**2021**
rilevazione della soddisfazione dell'utenza (indice soddisfazione ≥ 80%)	si	si	si

3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché Villa Salus sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.
Gli elementi alla base della politica sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno di Villa Salus l'assume nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce, costituiti, sotto il primo aspetto, da fattori:
politici, demografici, economici e quello aziendale, dalle risorse umane, strutturali e tecnologiche; riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, prendendosi cura della persona, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria deve avere nella propria mission. Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali, da: pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e una metodologia sul "Risk-based thinking". Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest'obiettivo.
Villa Salus ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici. Perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995.
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020.

- Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017)
- Rapporti ISS COVID-19 Istituto Superiore di Sanità
- Leggi e Delibere regionali in materia di sicurezza e qualità delle cure
- Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali – 7° edizione
- Circolari del MS in materia di Covid 19

5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PPSC (PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE) riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:
• Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
• Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive, per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Il PPSC di Villa Salus viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione e verificato attraverso audit interni di prima parte e audit di terza parte.

6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2023

La compagnia di assicurazione con la quale è stato stipulato il contratto di copertura è
CATTOLICA ASSICURAZIONI
Polizza Assicurativa RCT/RCO
N. polizza 0002232300047
Data inizio copertura 30/04/2022
Data fine copertura 30/04/2024
Massimale aggregato globale 3.000.000,00€
Massimale per sinistro Euro 3.000.000,00

L'assicurazione comprende: Responsabilità personale del Direttore Sanitario, distribuzione ed utilizzazione del sangue, Privacy, danni a veicoli in sosta, danni a mezzi sotto carico o scarico, sostanze Radioattive, Incendio, interruzione di attività, inquinamento accidentale, cose consegnate e non consegnate, cose in custodia, Responsabilità civile personale, inquinamento accidentale.

In ottemperanza agli art. 2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 Villa Salus pubblica sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità che si riportano nella tabella seguente:

Anno	Sinistri occorsi	Sinistri risarciti	Aperti	Chiusi a zero	Importi liquidati
2023	0	0	0	0	0 €
2022	1	1	0	0	1.400,00 €
2021	1	1	0	0	12.600,00 €
2020	1	1	0	0	4.500,00 €

6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI

Nella lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti.

6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

La **segnalazione spontanea** da parte degli operatori degli eventi e/o dei quasi eventi mediante **Incident Reporting (IR)** è, come noto, di fondamentale importanza ai fini della gestione del rischio, in quanto rappresenta uno degli **strumenti principali per l'identificazione dei rischi e dei pericoli insiti nell'organizzazione aziendale**. L'IR rappresenta pertanto una delle fonti informative imprescindibili sia per avviare un processo di 'mappatura' dei rischi e dei pericoli a livello aziendale che anche per l'attivazione dei processi di analisi e valutazione degli stessi a fini di individuazione e applicazione di azioni correttive mirate alla loro mitigazione/eliminazione.

A questo scopo, Villa Salus utilizza il sistema di IR che consente agli operatori di segnalare, senza timore di ripercussioni negative, le situazioni di pericolo verificatesi(eventi) o che potrebbero verificarsi (quasi evento)al fine di prevenirne il riaccadimento (PA24). In particolare, Villa Salus aderisce, fin dalla sua attivazione, al Sistema regionale di IR per il comparto sanitario mediante raccolta delle apposite schede compilate dagli operatori per la segnalazione di eventi avversi e near miss e loro inserimento nello specifico data base regionale, per il comparto socio assistenziale invece, come da indicazioni territoriali, tali schede di segnalazione vengono inviate ai diretti referenti mensilmente.

La scheda di IR viene inviata direttamente dagli operatori all'attenzione del diretto preposto che a sua volta informa la funzione aziendale di risk management e la Direzione, che seleziona gli eventi avversi/near miss sui quali avviare attività di analisi ed approfondimento (audit -SEA), in stretta collaborazione con i responsabili di U.O. direttamente coinvolti e/o di altri Servizi potenzialmente interessati.

I dati ottenuti tramite le schede di IR sono, inoltre, oggetto di specifico report che è finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene analizzata negi incontri di riesame delle direzione.

I dati raccolti tramite le apposite schede vengono periodicamente inseriti nell'apposito data-base regionale.

La costante attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori, la progressiva diffusione della cultura della non colpevolizzazione, la definizione di reportistica aziendale resa disponibile agli operatori, la definizione di una specifica procedura aziendale applicabile a tutti le aree/settori Villa Salus, condivisa in presenza tramite formazione con tutti I settori aziendali ed altresì i successivi audit clinici svolti ha consentito di ottenere nell'arco di un biennio la pressoché totale confluenza del flusso delle segnalazioni verso la funzione aziendale di Risk management.

6.4 ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	INCIDENT REPORTING
Letteratura/Normativa di riferimento	- DM 2 aprile 2015 n°70 - Legge stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art 1 comma 539) - DGR 1943/2017 (6° criterio dell'accreditamento)
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Definizione: sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio poi trasferito in sanità. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere o comunicare eventi avversi o quasi eventi near miss. Vedi dossier ASSR n 250/2015 pag. 15-16 Incident reporting utilizzando apposita scheda della Regione ER diffusa a tutto il personale.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 49 schede di incident reporting così suddivise: - 1 aggressione - 0 eventi avversi - 11 near miss - 37 cadute
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A seguito delle segnalazioni sopra riportate sono realizzate: - 1 azioni correttive seguita da audit clinico - 4 azioni preventive e di miglioramento - eseguito 1 audit clinico
Valutazione risultati e prospettive future	Per la gestione di 1 **aggressione** è stato eseguito: - **1 evento di formazione sul RISCHIO CLINICO** che ha portato alla seguente conclusione: Si invita il personale a

	rivedere attentamente la procedura "PS23 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE VIOLENZE A CARICO DI OSPITI ED OPERATORI (DIGNITA' DELLA PERSONA)" che rimane la linea guida da utilizzare per la gestione delle aggressioni. Per la gestione dei **11 near miss:** - **1 azione correttiva seguita da 1 audit clinico** che ha portato alla necessità di revisione della procedura in atto. - eseguito **1 audit clinico e** programmati dei **safety walk round** Tutte le restanti segnalazioni sono state prese in carico senza ulteriori esiti.

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	CADUTE
Letteratura/Normativa di riferimento	Linee di indirizzo per la gestione delle cadute in ospedale – dicembre 2016 RM13 - RACCOMANDAZIONE PER PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Incident reporting utilizzando apposita modulistica diffusa a tutto il personale
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 37 cadute
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dalle indagini condotte dal Risk manager su tutte e 37 le cadute emerge che si tratta di situazioni correttamente gestite dal personale ma che con piccoli accorgimenti alcune di esse potevano essere evitate. è stato condotto **1 audit clinico**
Valutazione risultati e prospettive future	Sono stati programmati Audit per monitorare l'adesione alla procedura aziendale e alla raccomandazione ministeriale ed è stata programmata formazione nel primo semestre 2024.

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico

Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Regolamento UE 1235/2010, la cui applicazione è operativa dal 2 luglio 2012, e della Direttiva 2010/84/UE, attualmente in fase di recepimento.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	On-line sul sito AIFA tramite la nuova piattaforma della Rete Nazionale di Farmacovigilanza; compilando la scheda di segnalazione e inviandola al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione eseguita on line sul sito.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Esecuzione di Audit interni con la logica del Safety Walk Around in tutte le UO della struttura a seguito delle segnalazioni di incident reporting e per il monitoraggio della corretta applicazione della PS01 Gestione farmaci; è stata predisposta una nuova Procedura di gestione ed approvvigionamenti farmaci che entrerà in vigore da Aprile 2024; è stata programmata la revisione della procedura di gestione Farmaci stupefacenti in vigore da Marzo 2024.
Valutazione risultati e prospettive future	Tutte le Non Conformità emerse sono state gestite in collaborazione con ufficio qualità e risolte. Continuo monitoraggio della corretta applicazione della procedura con esecuzione di audit mirati anche per il 2024

6.5 RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

A Settembre 2023 è stato nominato il nuovo Direttore Sanitario, il quale possiede anche la nomina di Risk manager e Responsabile del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere);
nel mese successivo sono stati nominati i membri del CIO con provenienza da tutte le UO dell'OPA di Villa Salus.
A Novembre 2023 il comitato si è riunito e sono stati definiti i primi obiettivi:
- redazione piano programma ICA
-corsi formazione lavaggio mani
-analisi consumo gel disinfettante trimestralmente a partire dal 2024
-Formazione sulle ICA
-Revisione procedura di gestione dell'isolamento in pazienti con colonizzazione da germi multiresistenti.

6.6 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

Gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito di Villa Salus derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti, in particolare:

- flusso Simes per la segnalazione degli eventi sentinella
- agenas: adesione alle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
- Flusso SIAR: Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa
- Flusso SDO:flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera

6.7 EMOVIGILANZA

Non è stata effettuata nessuna segnalazione.

7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA

Villa Salus ha programmato e realizzato nel corso dell'anno 2023, in attuazione della politica aziendale, interventi di gestione sulle aree che verranno riportate sotto.

7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2023 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Durante l'anno 2023, il personale di OPA Villa Salus è stato impegnato ed incentrato in diversi eventi formativi sulle seguenti tematiche:

- Gestione del rischio clinico e del sistema qualità
- Farmacoterapia
- Farmacovigilanza
- Infezioni Correlate all'Assistenza
- Buon uso degli antibiotici e rischio infettivo
- La comunicazione nella gestione del rischio clinico, care giver
- La gestione integrata delle principali infezioni correlate all'assistenza
- La prevenzione delle cadute in ospedale e condivisione della procedura aziendale
  - Introduzione al problema: la caduta del paziente
  - I fattori del rischio caduta
  - Interventi assistenziali per la prevenzione della caduta: tecniche per la mobilizzazione e l'assistenza alla deambulazione
- BLSD base e aggiornamento adulto/BLSD P base a e aggiornamento:
  - tecniche di primo soccorso e manovre a supporto delle funzioni vitali
- La comunicazione nella gestione del rischio clinico, care giver:
  - Gestire e comunicare gli eventi avversi;
  - Strategie e strumenti per la gestione della crisi;
  - Incident reporting (segnalazione eventi avversi)
- Approfondimento della revisione della procedura - PS01 GESTIONE FARMACI
- Revisione della procedura PS09 Gestione farmaci stupefacenti

7.2 SAFETY WALK ROUND

Nei mesi di Novembre e dicembre 2023 sono stati condotti 3 Audit interni con la logica del Safety Walk round in tutte le UUOO di Villa Salus per la valutazione della necessità di revisione della nuova procedura aziendale PS01 Gestione clinica dei farmaci che contiene le regole contenute nelle raccomandazioni ministeriali inerenti la terapia farmacologica.

Tutte le segnalazioni rilasciate durante gli audit sono state prese in carico dai relativi coordinatori e gestite con efficacia.

CONCLUSIONI

Al fine di mantenere alta l'attenzione ai consumi e alla sicurezza nella gestione e somministrazione della terapia farmacologica si programmano audit con la farmacista di Sets nel primo semestre del 2024.

7.3 CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA

- 13 segnalazioni di non conformità prese in carico e trattate
- 4 audit interni effettuati
- 4 AC/AP/AM

Si è proceduto, nel corso della seconda metà del 2023 ad ampia revisione delle procedure e delle istruzioni operative, che sono state approvate e distribuite a tutte le U.O.
Di seguito si riportano le principali attività svolte.

- **IOS63 MANUTENZIONE/SICUREZZA UTILIZZO DEL TRANSPALLET E DEI CARRELLI**

creazione di nuova istruzione operativa che renda più controllato e sicuro il lavoro dell'operatore addetto alla manutenzione;

- **IOS62 PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN STRUTTURA**

è stata creata un'istruzione operativa che chiarisca tutti passi che possono essere intrapresi nel prevenire e/o intuire un possibile disagio nel paziente;
è stato chiaramente esposta la modalità operativa in caso di suicidio all'interno della struttura.

- **PA25 PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E GESTIONE DEI NEAR MISS**

è stato necessario effettuare un aggiornamento relativamente alle responsabilità aziendali;

- **IOS26 ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'INSERIMENTO TIROCINANTI**

necessità di aggiornare le modalità di accesso dei tirocinanti alla struttura;

- **PA11 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE FASI DI PREPARAZIONE ALLA STERILIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DI STRUMENTI E PRESIDI SANITARI STERILIZZATI**

è stato necessario aggiornare la modalità di sterilizzazione esplicitando in maniera chiara come e dove, deve essere svolta la sterilizzazione internamente e quali prodotti vengono inviati a Sol et Salus per la sterilizzazione.

- **IOS30 ISTRUZIONE OPERATIVA FUNZIONAMENTO CENTRALINA ANTINCENDIO**

Necessità di creare una procedura che riporti in maniera esaustiva la modalità di comportamento in caso di emergenza antincendio

- **IOS14 ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL LAVAGGIO DELLE MANI**

necessità di unire ed uniformare le due procedure presenti in struttura in un'unica procedura adeguata a tutte le U.O. di Villa Salus

- **PS 27 PROCEDURA DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTE**

necessità di unire ed uniformare le due procedure presenti in struttura in un'unica procedura adeguata a tutte le U.O. di Villa Salus.
Aggiornamento scheda di valutazione e segnalazioni cadute;
creazione informativa per familiari e degenti

- **PA08 PROCEDURA DI GESTIONE CONTROLLATA DELLE ATTREZZATURE**

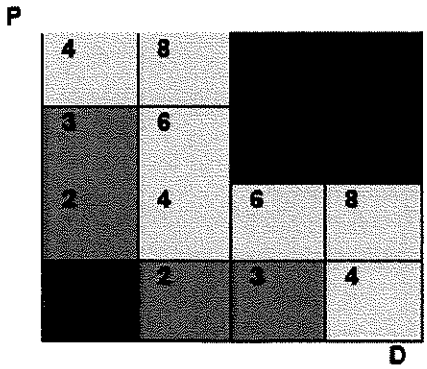
necessità di unire ed uniformare le due procedure presenti in struttura in un'unica procedura adeguata a tutte le U.O. di Villa Salus.

7.6 CONTROLLI AMBIENTALI:

In base a:
• i risultati dei campionamenti dal 2021 al 2023 (come da DVR del 24/08/2023)
• misura di gestione del rischio attuale
• storico analizzato caratterizzato da assenza di casi di Legionellosi
• contesto analizzato relativo ad una struttura sanitaria con determinate pratiche sanitarie (ricerca antigene)
• formazione del personale coinvolto
• Risultati della valutazione del rischio per impianto idraulico e aeraulico riportata nei capitoli precedenti
• riunione periodica annuale legionella per analisi dei campionamenti

Adottando il criterio di valutazione del rischio riportato nel DVR generale dell'OPA Villa Salus

Il grado di rischio R può essere rappresentato dalla seguente matrice



Dalla matrice si possono estrapolare le seguenti 4 gradazioni di rischio:

LIVELLO	VALORE
Alto	
Medio	4≤R≤8
Basso	[illegible]
Trascurabile	[illegible]

***Tabella 2.14** - Livelli di rischio e individuazione delle relative misure di prevenzione e protezione*

Colore	Valore numerico	Livello di rischio	Misure di prevenzione e protezione da attuare
	0,5 < R ≤1	Accettabile	Norme igieniche generali
	1 <R ≤ 2	Basso	Norme igieniche generali
	2 < R ≤ 8	Medio	Norme igieniche generali + Misure specifiche di prevenzione e protezione
	8 < R ≤ 10	Alto	Misure specifiche di prevenzione e protezione urgenti
	10 < R ≤ 16	Inaccettabile	Sospensione temporanea dell'attività a rischio e realizzazione immediata degli interventi

Per tutte le mansioni viene considerato il rischio sia per la fruizione delle utenze presenti nei servizi sia per l'attuazione di pratiche sanitaria a rischio e non.

Rischio	Valutazione iniziale	Misure adottate	Valutazione del rischio
Impiegato amministrativo	Accettabile	Vedi elenco sopra riportato e tutti i detti del presente documento e adozione del programma di controllo.	Accettabile
Addetto accettazione prenotazione e ufficio ricoveri			Accettabile
Addetto centralino	Accettabile		Accettabile
Coordinatore infermieristico			Accettabile
Coordinatore fisioterapisti			Accettabile
Infermiere	Medio		
OSS	Medio		
Fisioterapista	Medio		
Logopedista	Medio		
Podologo			Accettabile
Infermiere poliambulatori	Medio		
Addetto trasporto pazienti			Accettabile
Addetto al guardaroba			Accettabile
Addetto	Accettabile		Accettabile

manutenzione			
Coordinatore cucina	[redacted]		Accettabile
Addetto cucina	[redacted]		Accettabile

Per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di contrarre la legionellosi si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro possono essere esposti anche i pazienti. Tale evento si configura come poco probabile se la struttura sanitaria si è dotata di un programma di controllo del rischio legionellosi.
Vanno considerati pure tutti i manutentori esterni e le ditte esterne che svolgono la propria attività inerente la gestione dei sistemi idrici a cui verrà consegnata un'informativa sul rischio in questione.

7.7 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA:

a) Legionella

Per un migliore controllo della contaminazione del rischio Legionella è attuato un piano di autocontrollo revisionato ogni anno con campionamenti semestrali e manutenzioni periodiche;
I controlli effettuati nel 2023 non hanno rilevato alcun risultato positivo per la presenza di Legionella negli impianti idrici.

7.8 DISPOSITIVO VIGILANZA: Gestione Elettromedicali da parte del servizio di Ingegneria Clinica

Dal 2024 sarà introdotto l'obbligo di effettuare le segnalazioni per malfunzionamento di apparecchiature tramite apposita procedura condivisa con tutto il personale attraverso la revisione della PA08. Questo permetterà il tracciamento di tutti gli interventi. Complessivamente nel 2023 sono state effettuate 246 verifiche di sicurezza e 186 manutenzioni programmate (per un totale di oltre 432 controlli effettuati). Manutenzioni straordinarie correttive effettuate 41. Non si segnala nessun danno a cose o persone a seguito di guasto.

7.9 Segnalazioni da parte del Servizio Prevenzione Protezione

-infortuni operatori, numero 19 su -media annuale- 135 dipendenti. Tutti gli infortuni con prognosi inferiore ai 40 giorni.

8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2024

8.1 INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2024

Proseguirà, nel corso del 2024 l'intensa attività proattiva già avviata nel 2023.
1. Si prevedono nuovi audit interni in collaborazione con il servizio di farmacia e la Direzione sanitaria in tutte le UUOO attraverso la compilazione di check list elaborate dal responsabile del servizio farmacia per valutare l'adesione alle procedure; è prevista anche formazione inerente alla alla gestione e somministrazione della terapia farmacologica.
2. Si prevedono Audit e formazione nel corso del 2024 sul corretto utilizzo delle contenzioni.
3. Si prevedono Audit e Safety Walkaround per valutare l'adeguamento alle procedure aziendali.

8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Inoltre per il 2024 le misure aziendali per il controllo delle infezioni sono:
1. Raccogliere dati indicatore consumo gel idroalcolico per le mani
2. Formalizzare la raccolta dei dati per i germi sentinella (CPE)

Nel 2024 il CIO si occuperà di vigilare sui seguenti aspetti:
1) corretto lavaggio delle mani
2) germi sentinella
3) segnalazioni infezioni
4) consumo gel e utilizzo antibiotici ad ampio spettro in collaborazione con il servizio farmacia

8.3 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Implementata l'attività di controllo delle cartelle cliniche; Nel 2024 si provvederà alla revisione della procedura PS02 Gestione cartella clinica.

8.4 ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2024

Anche per il 2024 si prevede una intensa attività del risk manager finalizzata alla revisione della documentazione in essere per aggiornarla e renderla coerente con i cambiamenti normativi ed organizzativi intercorsi.
Tutta la documentazione sarà condivisa con tutto il personale interessato, in ottemperanza alla Legge 24/2017, ai requisiti di accreditamento della Regione Emilia-Romagna in materia di nuovi requisiti di accreditamento.
Di seguito si riportano le principali attività di revisione della documentazione previste per il 2024:
- revisione dei consensi informati

- revisione della check list per il controllo delle cartelle cliniche maggiormente focalizzata sui requisiti di contenuto.
- revisione ed aggiornamento procedura PA14 gestione trasporti intra ed extra ospedalieri.
-aggiornamento procedura PS28 relativa all'emotrasfusione

8.5 ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2024 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

- Comunicazione efficace e la gestione dei pazienti. Conoscere i profili psicologici per ridurre i conflitti e gestire il rischio clinico
- Le raccomandazioni del Ministero per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari
- Trasfusioni: modalità operative
- aggiornamento DVR legionellosi
- verifica e lettura controlli periodici eseguiti da parte del laboratorio incaricato
- individuazione gestore idrico della gestione interna delle acque che adotterà un piano di sicurezza della acque del sistema idrico con particolare attenzione alla presenza di piombo e legionella come previsto dal decreto legge n.18 del 23/02/23
- come rapportarsi efficacemente con il paziente e il caregiver
- BLSD
- La gestione e somministrazione della terapia farmacologica

8.6 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2024 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE

Per l'anno 2024, i principali investimenti finalizzati al rischio clinico, riguardano:
- macchina per infiltrazioni di Ozono Terapia;
-ristrutturazione degli ambulatoriale
- ampia ristrutturazione di 12 posti letto

8.7 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2024 IN TECNOLOGIE DIGITALI

Previsto l'acquisto di apposito software di gestione della cartella clinica.

8.8 PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2024

SCHEDA N. 01- 2024	
Ambito di intervento	*Prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza*
Tipologia	*Corretto lavaggio delle mani*
Normativa di riferimento	*5 momenti fondamentali OMS*
Tematiche correlate	*Infezioni ospedaliere*
Responsabile/ Referente del Processo	*Risk manager*
Descrizione del Flusso informativo	*Data base raccolta dati*
Altri Flussi correlati	*Schede cartacee di rilevazione nelle UUOO*
Valutazione del rischio	
Interventi effettuati nel periodo precedente	*Formazione rischio infettivo degli operatori di Villa Salus*
Empowerment dei cittadini	
Giudizio complessivo	
Obiettivo generale	*Ridurre le infezioni correlate all'assistenza*
Attività	

Indicatori di risultato	*Consumo gel idroalcolico – consumo antibiotici*

SCHEDA N. 02- 2024	
Ambito di intervento	*Farmacovigilanza*
Tipologia	*Implementazione prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia farmacologica*
Normativa di riferimento	*Accreditamento istituzionale*
Tematiche correlate	*Cartella clinica e rischio clinico*
Responsabile/ Referente del Processo	*Direttore Sanitario*
Descrizione del Flusso informativo	*Comunicazioni al personale per la condivisione del piano*
Altri Flussi correlati	
Valutazione del rischio	*Segnalazioni di near miss ed eventi avversi inerenti la terapia farmacologica*
Interventi effettuati nel periodo precedente	
Empowerment dei cittadini	
Giudizio complessivo	

Obiettivo generale	*Ridurre gli errori legati alla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica*
Attività	
Indicatori di risultato	*Diminuzione Non Conformità emerse dai controlli interni*

SCHEDA N. 03- 2024	
Ambito di intervento	*Rischio clinico*
Tipologia	*Pianificazione ed esecuzione di audit finalizzati alla valutazione dell'aderenza delle procedure su: Gestione farmaci e Gestione stupefacenti*
Normativa di riferimento	*Accreditamento istituzionale – Procedure interne – Raccomandazioni ministeriali*
Tematiche correlate	*Farmacovigilanza e rischio clinico*
Responsabile/ Referente del Processo	*Responsabile farmacia*
Descrizione del Flusso informativo	
Altri Flussi correlati	
Valutazione del rischio	
Interventi effettuati nel periodo precedente	*Audit mirati per la mappatura del processo di gestione dei farmaci e degli stupefacenti e conseguente emissione della procedura aggiornata. Elaborazione check list per la valutazione di conformità*

Empowerment dei cittadini	
Giudizio complessivo	
Obiettivo generale	*Monitorare la corretta adesione alle procedure aziendali., alle raccomandazioni ministeriali in ottica di farmacovigilanza*
Attività	*Esecuzione di audit programmati in Tutte le UO della struttura*
Indicatori di risultato	*Incident reporting e Non conformità rilevate in sede di audit*

Il Direttore Sanitario e
Risk Manager
Dott. P.Pantazopoulos