

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	Risk
		01/04/2025

## PREMESSA

La 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”, all’articolo 2 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso 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 di 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/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio) e orientando proprio 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 miss, 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

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta quindi chiaro che la prospettiva evocata è quella della prevenzione e del miglioramento.

## **ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE E SISTEMI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO**

Villa Baruzziana è un Ospedale Privato Accreditato (OPA) che aderisce all' AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata). AIOP associa più di 500 ospedali in Italia ed oltre 60000 operatori.

Accoglie pazienti in media e breve degenza, secondo specifici accordi con la Regione Emilia-Romagna o privatamente.

L' OPA è autorizzata per 90 posti letto e accreditata per 87 distribuiti in due padiglioni e tre reparti, più gli ambulatori cup dedicati alla neurologia situati nel Padiglione Paolo Baldini.

### **REPARTI**

#### **SPOI**

Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo è costituito da un reparto misto che assicura interventi di competenza specifica per le situazioni di crisi e/o acuzie psichiatrica in regime di trattamento volontario. Effettuano trattamenti di breve durata finalizzati a una ricompensazione del quadro clinico e ad indirizzare i pazienti verso i percorsi di cura successivi. Sono integrate con la rete dei servizi del Dipartimenti di Salute Mentale di Area Vasta Regionale. Reparto misto con 16 Posti Letto

#### **Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo RTI**

Sono effettuati interventi di competenza specifica sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più comuni patologie psichiatriche. Reparto Uomini e Donne con 18 e 28 posti letto

#### **Villa Grande**

Ventiquattro posti letto, reparto misto per la componente ospedaliera di Psichiatria Generale più tre di Riabilitazione psichiatrici

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

## **CENTRO RIABILITATIVO PAOLO BALDINI**

L'OPA è inoltre autorizzata per prestazioni ambulatoriali di neurologia di elettromiografia, elettroencefalografia e visite neurologiche. Da Maggio 2024 siamo anche accreditati e autorizzati per la riabilitazione in tensiva parkinson.

## **PERSONALE SANITARIO**

Medici dipendenti  
 Medici liberi professionisti  
 Infermieri dipendenti  
 Fisioterapisti  
 Logopedisti  
 Nutrizionisti  
 OSS  
 Psicologi  
 Tecnici di Neurofisiopatologia

Nell'anno 2024 la struttura ha ricoverato 1100 pazienti e accolto presso gli ambulatori della neurologia oltre 4000 pazienti in convenzione CUP e privatamente

La responsabilità della Gestione del Rischio è in capo alla Direzione Sanitaria (Primario + Direttore Sanitario). Coadiuvano alla gestione il responsabile qualità il RAQ e l'RSPP, i Medici di Reparto e le coordinatrici infermieristiche. Nella raccolta degli eventi avversi vengono coinvolti tutti i professionisti sanitari attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato per la raccolta degli eventi rilevanti.

## **I SISTEMI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO**

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè, subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). L'identificazione del rischio clinico è quindi il primo passo del processo che porta a migliorare la sicurezza dei pazienti e deve avvenire in un contesto metodologico rivolto a un miglioramento organizzativo. Il Risk management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico - assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Questo approccio all'errore non si basa sulla ricerca della responsabilità individuale (determinata da negligenza, superficialità, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione), ma si fonda piuttosto sulla ricerca di soluzioni che consentano di ridurre eventuali errori umani attraverso la definizione di nuove procedure o cambiamenti organizzativi, una migliore ed adeguata formazione del personale, l'impiego di attrezzature di lavoro e ambienti più funzionali e sicuri rispetto ai compiti da svolgere.

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

L'identificazione dei rischi a Villa Baruzziana si inquadra nell'ambito più generale delle tematiche di governo clinico per affrontare le quali la Direzione ha sostenuto i professionisti con eventi formativi, sia in aula che sul campo. Per l'identificazione dei rischi si sono utilizzate tutte le fonti informative disponibili avendo cura di implementarle, migliorarle (predisposizione di applicativi ad hoc) e renderle tempestive e fruibili anche per gli operatori.

**Le fonti informative adottate sono:**

1. Report informatizzato delle segnalazioni degli eventi avversi;
2. Sistema di raccolta dei questionari di soddisfazione e di reclami che evidenziava una convergenza delle segnalazioni sugli aspetti relazionali;
3. Registro di rilevazione degli infortuni sul lavoro

La Direzione, sulla base delle norme di riferimento e dell'esperienza degli ultimi anni ha definito un approccio di gestione del rischio finalizzato a valutare e a sviluppare interventi di prevenzioni sia nei confronti dei pazienti (prevenzione del rischio clinico) che degli operatori (prevenzione del rischio professionale). Più nello specifico si è ritenuto di individuare le seguenti priorità:

1. area rischio clinico cadute
2. infortuni per comportamenti auto e/o etero-lesivi dei pazienti
3. allontanamenti non autorizzati
4. errori di prescrizione/ somministrazione farmaci area rischio professionale
5. contaminazione biologica
6. movimentazione carichi
7. infortuni dovuti a comportamenti etero-lesivi dei pazienti
8. Atti di violenza a danno degli operatori

In Regione Emilia-Romagna sono stati sperimentati metodi e strumenti di natura proattiva o reattiva, utilizzabili nelle varie fasi di gestione della sicurezza e delle conseguenze degli eventi indesiderati. Alcuni di questi strumenti sono presenti e sono utilizzati a Villa Baruzziana sia nell'identificazione e nell'analisi sia nella gestione del rischio.

Per quanto riguarda l'identificazione dei rischi sono utilizzati:

1. **sistema di Incident reporting**, l'attenzione è focalizzata su eventi o quasi eventi.

L'obiettivo di tale strumento, oltre che quello di aumentare le conoscenze e facilitare le analisi delineando profili di rischio di specifiche unità operative, è anche quello di coinvolgere maggiormente gli operatori rendendoli più sensibili al tema della sicurezza.

È uno strumento organizzativamente impegnativo che deve essere adeguatamente incentivato (tempo dedicato, riconoscimento dei crediti formativi, ecc.) perché rappresenta la chiave per l'analisi ed il miglioramento della pratica clinica;

il sistema regionale di sorveglianza rapida delle epidemie e degli eventi sentinella infettivi

2. **il sistema di raccolta di segnalazioni e reclami degli utenti**

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	Risk
		01/04/2025

3. **il registro di rilevazione degli infortuni sul lavoro ed il sistema di vigilanza dei dispositivi medici;**
4. **gli audit effettuati sulla corretta gestione delle tecnologie/impianti**

Per quanto concerne l'analisi dei rischi, a parte la pratica dell'audit clinico, sono utilizzate le seguenti tecniche: **FMEA/FMECA (Fallure Mode and Effect Analysis)** metodo sistematico di tipo qualitativo e previsionale che mira ad identificare e dare priorità a problemi che potrebbero accadere se si verificassero difetti, omissioni, errori nel processo analizzato, in modo da orientare l'assunzione di decisioni operative coerenti.

Premessa per l'attuazione del sistema di gestione del rischio è l'individuazione di un assetto organizzativo aziendale che definisca gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno del sistema stesso. Le attività relative alla gestione del rischio hanno negli incontri periodici della Direzione la principale sede di confronto e presa delle decisioni, dove si integrano competenze cliniche ed organizzative al fine di analizzare gli elementi e i dati raccolti e decidere le azioni da pianificare realizzare per la gestione del rischio (pratica routinaria della segnalazione degli incidenti, iniziative di audit clinico, valutazioni dell'appropriatezza clinico - organizzativa, interventi correttivi e preventivi, ecc.).

I **Referenti** della **Gestione Rischio clinico**, con il supporto del Servizio Qualità RAQ, hanno il compito di coordinare il Programma di Gestione del Rischio, proporre alla Direzione la programmazione annuale/pluriennale delle attività e della formazione per la gestione del rischio, raccogliere dati e rendicontare annualmente sulle azioni svolte, esercitando in modo sistematico e continuativo la funzione di facilitatore della relazione tra le varie parti dell'organizzazione. Tra gli obiettivi pluriennali si identificano:

1. il completamento dell'integrazione delle fonti informative disponibili per la rilevazione ed il monitoraggio dei fenomeni di interesse;
2. l'elaborazione di proposte e suggerimenti di intervento per la Direzione;
3. la cura della coerenza di sistema attraverso il Gruppo per la Gestione del Rischio.

A supporto del Referente Gestione Rischio clinico la Direzione ha affiancato un'azienda di consulenza formando un **Gruppo di Lavoro** che consente di disporre di un gruppo di referenti ed esperti, con le necessarie competenze tecnico-professionali, in grado di lavorare sistematicamente e con continuità sui temi della prevenzione dei rischi e di introdurre progressivamente un regime di controllo per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.

Il **Gruppo di lavoro** per la Gestione del Rischio è costituito dai seguenti componenti:

Referente per la Gestione del Rischio clinico Responsabile  
 RAQ  
 RSPP  
 Consulente Esterno  
 Preposti  
 RSL

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

Al Gruppo di lavoro possono inoltre essere invitati a partecipare **esperti esterni** che collaborano con Villa Baruzziana (Medico competente, Medici specialisti, Coordinatori, ecc.) ogni qual volta si ritenga possano fornire un contributo alla trattazione di specifici argomenti.

**Il sistema di gestione integrata del rischio ha come momenti fondamentali di operatività le seguenti fasi:**

Il Referente per la Gestione del Rischio clinico, con il supporto del Servizio Qualità e del Gruppo di lavoro, garantisce le seguenti attività:

1. raccoglie e analizza con sistematicità i dati sugli eventi avversi e gli esiti delle verifiche/audit effettuati (incident reporting, infortuni operatori, esiti di verifiche su documentazione clinica, reclami, segnalazioni, ecc.)
2. redige specifiche relazioni con le analisi effettuate e le proposte di miglioramento e di prevenzione
3. contribuisce alla redazione della relazione annuale per la parte di gestione del rischio e fornisce indicazioni su percorsi di miglioramento
4. propone specifici percorsi di formazione per accrescere le capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione degli eventi avversi, l'analisi delle situazioni critiche e di rischio, l'introduzione di correttivi
5. assicura le comunicazioni e le informazioni relative agli eventi indesiderati/sentinella che devono essere fornite agli organi istituzionali regionali e del ministero preposti al monitoraggio dei rischi, secondo quanto definito nelle specifiche procedure

la **Direzione aziendale**, negli incontri periodici, assicura:

1. una attenta analisi dei dati e delle informazioni riportate nelle relazioni sulla gestione del rischio
2. la pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive nel caso di eventi avversi rilevanti segnalati dal Referente per la Gestione del Rischio clinico o dai collaboratori (Servizio Qualità, Gruppo di lavoro per la gestione del rischio)
3. la approvazione di piani annuali e relativi obiettivi per la gestione del rischio definiti a seguito delle analisi fatte con riferimento ai dati e agli elementi presentati nell'ambito della illustrazione della relazione annuale nel corso del riesame delle attività
4. indicazioni per la programmazione di percorsi di formazione specifici
5. approvazione di miglioramenti nei sistemi (anche informatici) di segnalazione ed analisi di dati relativi agli eventi avversi e ai rischi

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	Risk
		01/04/2025

## **FONTI INFORMATIVE SU SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

Per brevità verranno di seguito illustrati in forma sintetica gli strumenti/fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.

Ciò fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 (“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”) all’articolo 7 relativamente a tali dati prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffusi con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente

Prima di illustrare gli strumenti e le fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e la riduzione del rischio clinico, è doveroso premettere che le informazioni derivanti da tali strumenti e fonti sono indirizzate alla quantificazione degli eventi e alla conoscenza dei fenomeni per l’attuazione di azioni di miglioramento.

Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo/quantitativo mirata alla valutazione del rischio e all’individuazione di eventuali criticità, nell’ottica di possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all’aumento dei livelli di sicurezza.

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

## SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTE INFORMATIVA

### INCIDENT REPORTING

#### TIPOLOGIA

#### 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 Appropriatezza clinica e sicurezza).

L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) – e cosiddetti near miss – definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).

#### DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO

#### Obiettivi

La raccolta sistematica delle informazioni inerenti agli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.

Un limite intrinseco dello strumento è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. Ma l’Incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	<b>Risk</b>
		<b>01/04/2025</b>

valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti, entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

Fonte: Dossier ASSR n.250/2015, pag. 15 e 16.

Analizzando i dati raccolti nell' anno 2024 l'OPA ha individuato alcune aree critiche su cui intervenire.

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema informatizzato della raccolta degli eventi avversi.

Abbiamo iniziato uno studio sistematico su i near miss più significativi come le Cadute

**ANALISI DEL RISCHIO  
CRITICITA/AREE INTERVENTO**

**INTERVENTI E AZIONI  
CORRETIVE E DI  
MIGLIORAMENTO ADOTTATE  
NEL PERIODO  
CORRISPONDENTE**

**VALUTAZIONI/RISULTATI E  
PROSPETTIVE FUTURE**

## **DISPOSITIVO VIGILANZA**

La nostra gestione del rischio non comprende il "dispositivo vigilanza" in quanto nel nostro operare non è previsto l'utilizzo di apparecchiature medicali invasive per il paziente. Annualmente tutte le apparecchiature come elettrocardiogrammi, elettromiografi e elettroencefalogrammi hanno un programma di manutenzione scadenzato con compilazione del relativo registro.

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	Risk
		01/04/2025

## FARMACO VIGILANZA

### TIPOLOGIA

LETTERATURA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO

ANALISI DEL RISCHIO CRITICITA'/AREE INTERVENTO

INTERVENTI E AZIONI CORRETIVE E DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE NEL PERIODO CORRISPONDENTE

VALUTAZIONI/RISULTATI E PROSPETTIVE FUTURE

### FARMACO VIGILANZA

La corretta somministrazione della terapia farmacologica da parte dell'operatore è diventato uno dei punti cardine del Risk Management. Con l'introduzione della cartella informatizzata la struttura si è dotata di ulteriore livello di controllo che ha permesso di avere un controllo più accurato da parte dell'operatore delle terapie somministrate al paziente.

Si è intervenuto sulle modalità di somministrazione e sulla "chiarezza" delle terapie

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema

In futuro l'implementazione ulteriore del sistema informatizzato e una migliore identificazione del paziente al momento della somministrazione saranno gli strumenti che l'organizzazione intende adottare.

## EMO VIGILANZA

Non eseguita. Non presente all' interno della nostra organizzazione.

## SINISTRI

Per l'anno 2024 il monitoraggio dei sinistri ha rilevato nessuna richiesta di risarcimento in fase di definizione

## RECLAMI

Per l'anno 2024 non abbiamo ricevuto reclami relativi al rischio clinico

	<b>RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2024</b>	Risk
		01/04/2025

## CADUTE

### TIPOLOGIA

### CADUTE

PG 2016 786754 RER

### LETTERATURA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato le cadute negli anziani uno dei "quattro giganti della geriatria" con depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Trattasi di un problema rilevante per frequenza e conseguenze nel medio e lungo termine (post-fall syndrome): in particolare l'insicurezza secondaria alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività quotidiane e i rapporti interpersonali, con progressivo isolamento sociale. (EU Falls FESTIVAL, 2016).

### DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO

La Raccomandazione N. 13 novembre 2011 del Ministero della Salute per la Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie indica un elenco di azioni da mettere in campo per ridurre il rischio di caduta nelle strutture sanitarie. Inoltre l'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella rappresenta un adempimento correlato all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

### ANALISI DEL RISCHIO CRITICITA'/AREE INTERVENTO

L'analisi delle cadute con una scrupolosa descrizione in cartella informatizzata, l'utilizzo del nuovo sistema di raccolta del dato.

### INTERVENTI E AZIONI CORRETIVE E DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE NEL PERIODO CORRISPONDENTE

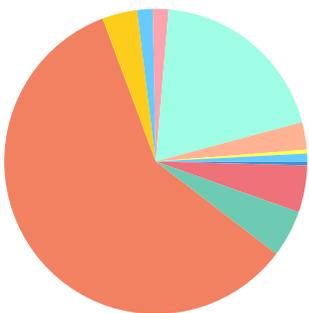
Analizzando i dati si è deciso di implementare ulteriori scale di valutazioni per inquadrare meglio il paziente all'ingresso e durante il ricovero.

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema informatizzato della raccolta degli eventi avversi.

### VALUTAZIONI/RISULTATI E PROSPETTIVE FUTURE

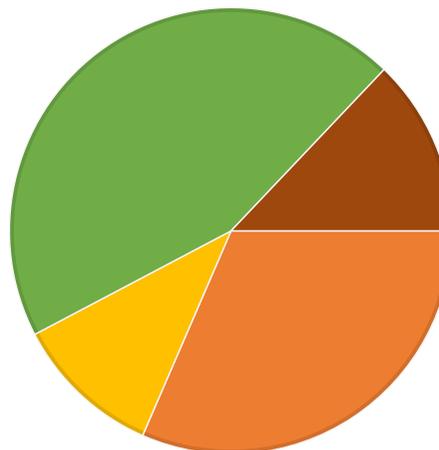
Nell'anno 2022 è stato un anno di cambiamento in quanto l'introduzione del sistema informatizzato di Incident Reporting ha permesso a tutti i professionisti di gestire in maniera autonoma la raccolta del dato e di responsabilizzarli maggiormente nella raccolta e nella descrizione dell'evento. Nel 2024 sono state sviluppate attività di gruppo all'interno del comparto per la realizzazione della nuova cartella infermieristica che comprende anche una parte corposa inerente alle esigenze assistenziali che riguardano le cadute.

**Eventi per tipologia**



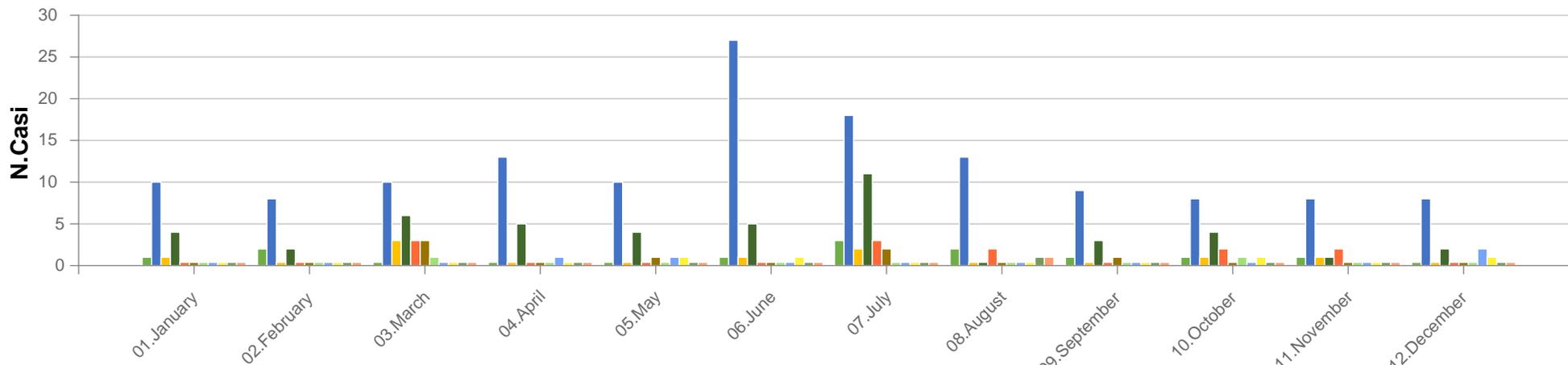
- Altro evento che ha portato grave danno o morte
- Caduta con Esito Traumatico + Invio PS
- Contenzione
- Fughe
- Scontro PAZ VS OPERATORE
- Suicidio o tentato suicidio
- Caduta Con Esito Traumatico
- Caduta Senza Esito Traumatico
- Errata Somministrazione Farmaci
- Invio in PS
- Scontro PAZ vs PAZ

**Eventi per Reparto**



- Rti Donne
- Rti Uomini
- SPOI
- Villa Grande

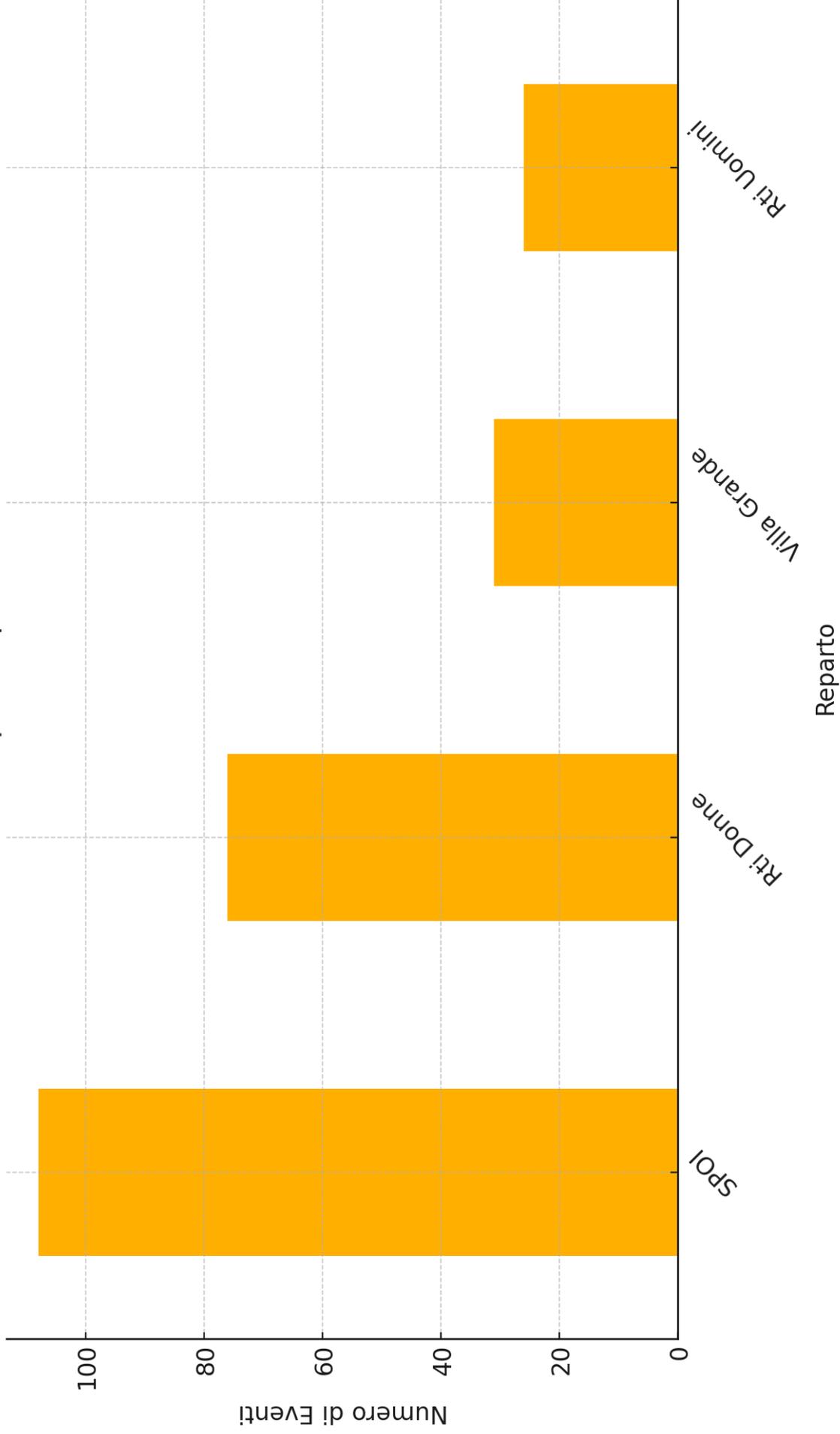
**Eventi per Mese**



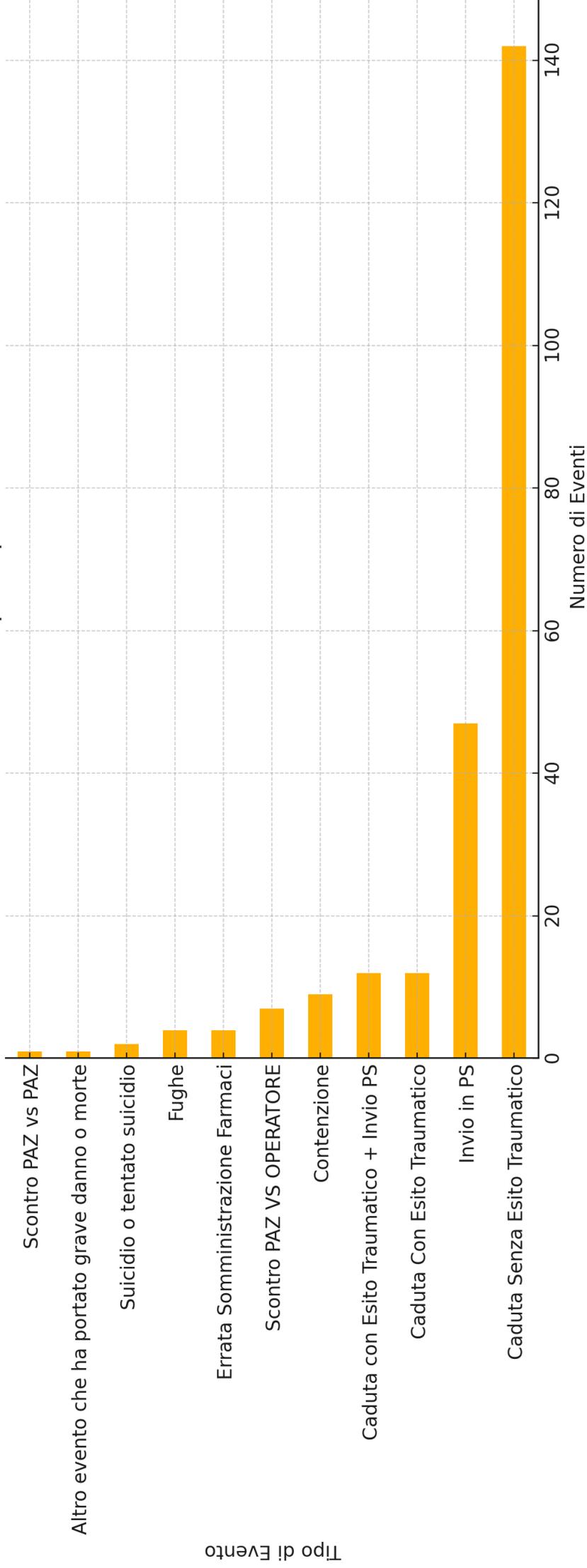
**Mese**

- Caduta Con Esito Traumatico
- Caduta Senza Esito Traumatico
- Contenzione
- Invio in PS
- Caduta con Esito Traumatico + Invio PS
- Scontro PAZ VS OPERATORE
- Suicidio o tentato suicidio
- Fughe
- Errata Somministrazione Farmaci
- Altro evento che ha portato grave danno o morte
- Scontro PAZ vs PAZ

Numero di Eventi per Reparto (Secondo File)



Numero di Eventi per Tipo di Evento (Secondo File)



Tabella\_Eventi\_per\_Reparto\_\_Secondo\_File\_

<b>Reparto</b>	<b>Tipo di Evento</b>	<b>Numero di Eventi</b>
<b>Rti Donne</b>	Caduta Con Esito Traumatico	3
<b>Rti Donne</b>	Caduta Senza Esito Traumatico	49
<b>Rti Donne</b>	Caduta con Esito Traumatico + Invio PS	4
<b>Rti Donne</b>	Errata Somministrazione Farmaci	2
<b>Rti Donne</b>	Invio in PS	18
<b>Rti Uomini</b>	Altro evento che ha portato grave danno o morte	1
<b>Rti Uomini</b>	Caduta Con Esito Traumatico	1
<b>Rti Uomini</b>	Caduta Senza Esito Traumatico	16
<b>Rti Uomini</b>	Caduta con Esito Traumatico + Invio PS	1
<b>Rti Uomini</b>	Contenzione	2
<b>Rti Uomini</b>	Errata Somministrazione Farmaci	2
<b>Rti Uomini</b>	Fughe	1
<b>Rti Uomini</b>	Invio in PS	2
<b>SPOI</b>	Caduta Con Esito Traumatico	7
<b>SPOI</b>	Caduta Senza Esito Traumatico	57
<b>SPOI</b>	Caduta con Esito Traumatico + Invio PS	4
<b>SPOI</b>	Contenzione	7
<b>SPOI</b>	Fughe	3
<b>SPOI</b>	Invio in PS	21
<b>SPOI</b>	Scontro PAZ VS OPERATORE	6
<b>SPOI</b>	Scontro PAZ vs PAZ	1
<b>SPOI</b>	Suicidio o tentato suicidio	2
<b>Villa Grande</b>	Caduta Con Esito Traumatico	1
<b>Villa Grande</b>	Caduta Senza Esito Traumatico	20
<b>Villa Grande</b>	Caduta con Esito Traumatico + Invio PS	3
<b>Villa Grande</b>	Invio in PS	6
<b>Villa Grande</b>	Scontro PAZ VS OPERATORE	1