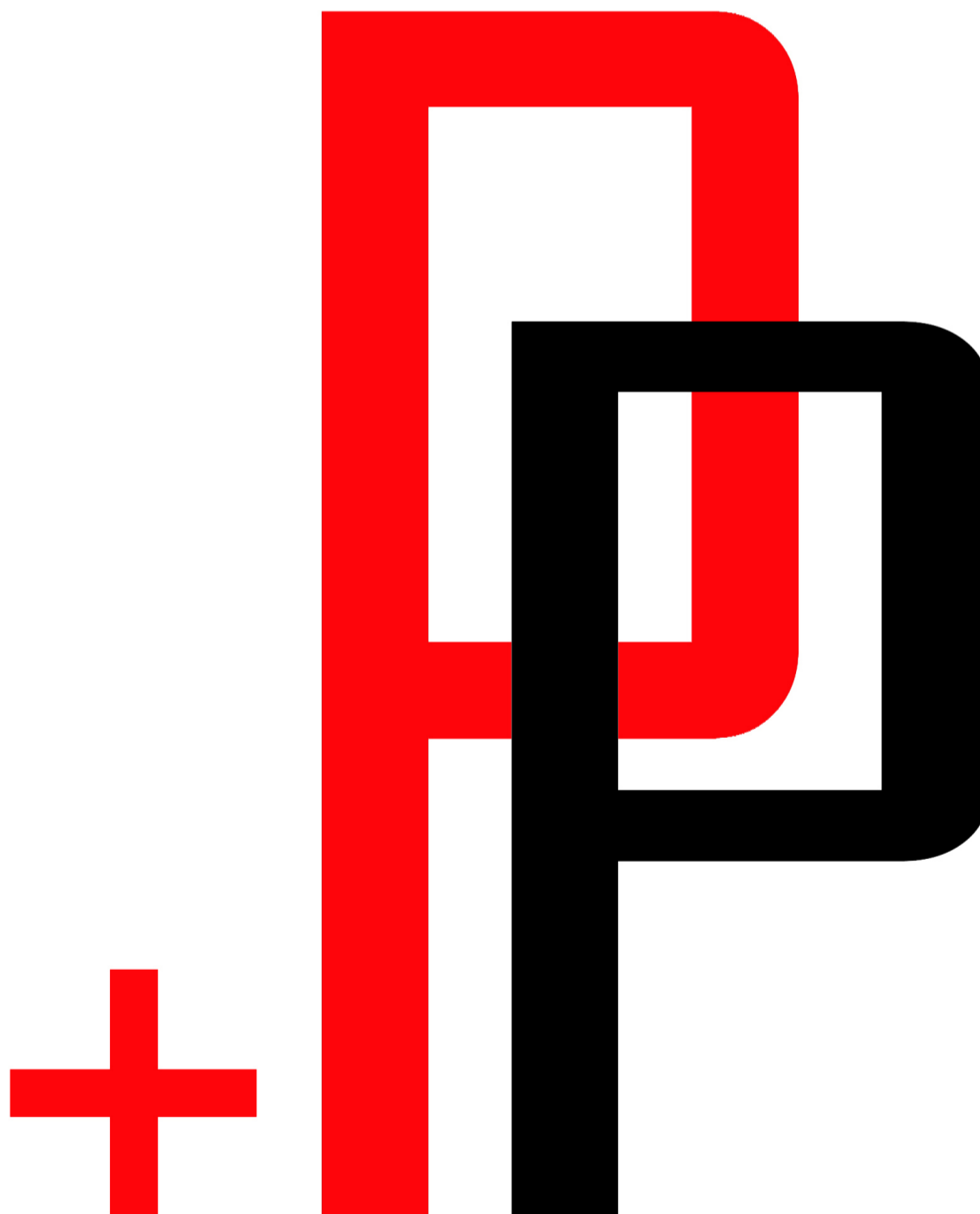


Casa di Cura "Policlinico Madonna della Consolazione"

RELAZIONE ANNUALE

LEGGE N.24/2017

ANNO 2018



INTRODUZIONE

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, all'art. 2 comma 5, prevede la "predisposizione di 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".

Pertanto nella presente Relazione, redatta in ottemperanza alla Legge citata, saranno illustrati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella relativi all'Anno 2018, nonché le azioni correttive volte a prevenire il reiterarsi di tali eventi.

Sono inoltre riportate presso il sito della casa di cura le liquidazioni erogate a titolo di risarcimento del danno.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio in una struttura sanitaria indica un insieme di azioni complesse volte a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali e garantire la Sicurezza del Paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili.

Ulteriore attività è quella relativa alla gestione dei sinistri da ipotesi di malpractice, che consente di individuare elementi e dati per il miglioramento del sistema.

La casa di cura ha da tempo sviluppato un approccio proattivo al risk management concretizzatosi nell'adozione di una serie di norme interne (procedure, protocolli, istruzioni, check list, ecc.) volte a contenere e, quando possibile, eliminare i rischi cui possono essere esposti i pazienti e nella raccolta di dati ed informazioni che possono essere utili per rafforzare le misure già previste.

La gestione della sicurezza delle cure e del rischio costituisce un sotto-sistema integrato nel più complessivo sistema di gestione per la qualità della casa di cura e costituisce una sintesi, sia in termini di pianificazione che di consuntivazione, per focalizzare le priorità sul tema.

La casa di cura identifica gli obiettivi di miglioramento sulla base delle analisi degli indicatori di processo e di outcome monitorati costantemente dalla Direzione Sanitaria e dal Servizio Qualità.

La Direzione e il Servizio Qualità analizzano periodicamente i dati e individuano le priorità annuali che vengono fissate sotto forma di obiettivi di miglioramento della qualità. Per ciascuno di essi viene fissato il valore misurabile che si vuole raggiungere, in termini di miglioramento nella qualità delle cure, riduzione di eventi avversi e complicanze prevenibili.

Il processo interno di verifica prevede che, ogni anno, il Servizio Qualità valuti i risultati per verificare che gli obiettivi fissati siano stati effettivamente raggiunti.

LE FONTI INFORMATIVE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

L'approccio proattivo è concepito tenendo conto di:

Indicazioni, Normative e Raccomandazioni emesse dai Soggetti che determinano ed influenzano il contesto in cui opera la casa di cura, ed in particolare:

Ministero della Salute;

Regione Calabria;

Società Scientifiche di riferimento per le specialità e discipline esercitate nel Policlinico;

Azienda Sanitaria del territorio con cui la casa di cura si rapporta per specifici percorsi e/o processi

Fonti informative che consentono la raccolta di dati e informazioni utili per la valutazione ed il monitoraggio:

La casa di cura è dotata di un Sistema di miglioramento della Qualità che prevede anche la prevenzione e gestione del rischio clinico come riportato nel Manuale della Gestione Qualità della casa di cura e nelle apposite Procedure Aziendali, Gestione delle Azioni preventive e correttive, Gestione delle non conformità, Gestione degli Eventi Avversi e Eventi Sentinella.

Il Sistema consente dunque l'acquisizione di dati ed informazioni raccolti con gli strumenti della non conformità, risultati di audit interni ed esterni, analisi delle cartelle cliniche, indicatori ecc..

Revisione delle cartelle cliniche chiuse relative a ricoveri avvenuti nell'Anno 2018, integrata da interviste al personale medico e infermieristico della struttura

Safety walkaround (Giri per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "visite" che la Direzione Aziendale e la Direzione Sanitaria effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni.

Audit clinici interni

Compilazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria del Modulo cd "non conformità" in dotazione a tutte le U.O. predisposto per la segnalazione al Direttore Sanitario di qualsivoglia scostamento e/o difformità dalla Procedure Aziendali per la prevenzione di errori evitabili

Segnalazione Eventi Avversi

attraverso apposita scheda segnalazione Incident Reporting, nell'ambito della Istruzione Operativa "Attivazione Incident Reporting", in dotazione a tutte le U.O. e apposite schede inserite nell'ambito delle Istruzioni Operative e accluse alle Cartelle Cliniche

codifica nella SDO

Segnalazione Eventi Sentinella

attraverso apposita scheda segnalazione Incident Reporting, nell'ambito della Istruzione Operativa "Segnalazione e Gestione Eventi Sentinella", in dotazione a tutte le U.O.

Checklist di sala operatoria : la check list è attiva da diversi anni in tutti i comparti chirurgici e risulta correttamente applicata

Sinistri

Farmaco-vigilanza

Le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADR, Adverse Drug Reaction) costituiscono un'importante fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza, in quanto

consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso dei medicinali così da renderli più sicuri, a beneficio di tutti i pazienti.

La casa sei cura ha proceduralizzato l' Obbligo di segnalazione del Capo Sala al Direttore Sanitario degli errori di terapia imputabili a somministrazione di farmaci sbagliati, verificatisi nella U.O. di riferimento, stabilito nell'ambito delle Istruzioni Operative "Gestione Farmaci LASA"

Dispositivo-vigilanza

Check list quotidiana dei dispositivi presenti in sala operatoria

Eventi correlati all'uso del sangue

Segnalazione di discostamento e/o difformità dalla "Procedura per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", mediante "Modulo di non conformità"

Segnalazioni o reclami dei cittadini

Sono contemplate procedure finalizzate a raccogliere ogni informazione dalla nostra utenza per migliorare la qualità dei servizi offerti.

L'Utente può segnalare il disservizio utilizzando il modulo presente presso il CUP. Tutti i reclami scritti sono inviati al Direttore Sanitario che li gestisce direttamente. Il Direttore Sanitario prende in carico il reclamo e provvede a fornire una risposta immediata se il quesito non richiede una fase istruttoria; viceversa, qualora il caso necessiti di approfondimenti, viene fornita risposta in un periodo di tempo di norma non superiore a 30 giorni.

EVENTI ANNO 2018

Si riportano di seguito gli eventi registrati nel corso dell'Anno 2018, rilevati dall'insieme dei flussi e/o strumenti di informazioni pervenute alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Aziendale.

EVENTO AVVERSO: CADUTE

EVENTI AVVERSI CADUTE Qt. n.4	EVENTI SENTINELLA Qt. n.0
Riferimenti normativi	Raccomandazione ministeriale n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie Linee di indirizzo regionali di cui alla Delibera n. 49/2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Sono state rilevate complessivamente, nell'anno 2018, mediante analisi di apposita scheda nell'ambito delle Istruzioni Operative "Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato" inclusa nella Cartella Clinica n. 4 cadute accidentali, verificatesi nelle stanze di degenza dei pazienti.
Analisi delle cause del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Le cause sono da ricondurre per lo più dalle condizioni di salute di questi ultimi. In tutti i casi i pazienti non hanno riportato alcun tipo di danno. Nessuno degli eventi descritti ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza né risulta, al momento, alcuna richiesta di risarcimento.
Interventi/azioni correttive di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Audit interni tra il Direttore Sanitario e il personale sanitario finalizzate al perfezionamento dell'applicazione della relativa Procedura "Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato" e della nuova Procedura "Gestione Contenzione di pazienti Ricoverati in ambito non Psichiatrico" Predisposizione di idonei mezzi di contenzione per alcuni tipi di pazienti
Valutazione risultati e prospettive future	E' prevista una sempre maggiore attenzione alla rilevazione di tale tipo di eventi, coerentemente all'obiettivo di miglioramento volto alla corretta gestione del rischio. Consolidamento delle azioni già attivate e verifica attraverso audit interni.

EVENTO AVVERSO: LESIONI DA PRESSIONE

EVENTI AVVERSI LESIONI DA PRESSIONE Qt. n.0	EVENTI SENTINELLA Qt. n.0
Riferimenti normativi	Linee guida
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione del rischio di insorgenza con scala di Braden in cartella infermieristica, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione; - Rilevazione del rischio di aggravamento delle lesioni già presenti Mediante: monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione) mediante analisi della Scheda ulcere da decubito
Analisi delle cause del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	
Interventi/azioni correttive di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Corso di formazione sulla movimentazione dei pazienti per il trattamento dei soggetti a rischio e curativi per i soggetti con lesioni presenti.
Valutazione risultati e prospettive future	Audit interni di verifica, con specifico riguardo alle attività degli OSS

EVENTO AVVERSO: INFEZIONI SITO CHIRURGICO

EVENTI AVVERSI INFEZIONI SITO CHIRURGICO Qt. n.0	EVENTI SENTINELLA Qt. n.0
Riferimenti normativi	Linee guida globali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione Infezioni correlate all'assistenza mediante Codificazione nella SDO. E' stato sviluppato un algoritmo di identificazione delle principali infezioni nosocomiali (urinarie, ematiche, del sito chirurgico, polmoniti) tramite il linkage dell'archivio delle SDO e dei dati microbiologici
Analisi delle cause del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	
Interventi/azioni correttive di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio con indicatori dell'efficacia e rispetto delle procedure in materia. Formazione degli operatori sulle infezioni correlate all'assistenza Audit clinici specifici sull'antibiotico profilassi in chirurgia Monitoraggio delle infezioni ospedaliere
Valutazione risultati e prospettive future	Riduzione ulteriore della percentuale di Infezioni Correlate all'Assistenza

COPERTURE ASSICURATIVE E INFORMAZIONI SUI RISARCIMENTI DELLA CASA DI CURA, A SENSI DEGLI ARTT. 4 COMMA 3 E 10 COMMA 4 DELLA LEGGE 34/2017 (LEGGE GELLI).

L'obiettivo del legislatore, al cui spirito aderisce La casa di cura, è quello di favorire la costruzione di organizzazioni sicure (sia attraverso l'implementazione di meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili, sia attraverso l'istituzione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente) e garantire la trasparenza nei confronti del cittadino (rendendo visibili gli sforzi fatti dalle organizzazioni sanitarie per sicurezza e miglioramento).

I seguenti dati descrivono il numero e il valore dei risarcimenti cui il Policlinico ha fatto fronte nell'ultimo quinquennio.

Anno di riferimento	2014	2015	2016	2017	2018
Importo complessivo erogato nell'anno*	12.500,00 €	13.340,26 €	73.666,66 €	0,00 €	350.929,00 €

Per la corretta comprensione di questi dati è importante considerare che il numero di risarcimenti e l'importo complessivo liquidato* in uno specifico anno fanno riferimento ad accadimenti la cui origine va ricercata in periodi di molto precedenti.

Il Policlinico è dotato di un sistema di coperture assicurative in grado di tutelare sia gli interessi dei propri pazienti che quelli della Società stessa e dei suoi collaboratori. In particolare, alla data del presente documento, sono attive le seguenti coperture:

Compagnia Brocker ECCLESIA GEAS SANITA' srl.

CONCLUSIONI

Le priorità che la casa di cura identifica sulla gestione del rischio per l'Anno 2019

continuare l'azione di sensibilizzazione e incrementare la formazione del personale e dei collaboratori sulla gestione del rischio;

recepire rapidamente le eventuali nuove disposizioni, indirizzi, raccomandazioni e linee guida specifiche con impatto su sicurezza delle cure e gestione del rischio, declinandole nella realtà operativa del Policlinico attraverso specifici documenti operativi e strumenti;

migliorare costantemente il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi a sicurezza e rischio;

diffondere l'utilizzo degli audit clinici per aumentare la consapevolezza dei professionisti.