



# ***RELAZIONE ANNUALE RISK MANAGEMENT***

**ATTIVITA' ANNO 2023**

*A CURA DEL*

**COMITATO RISK MANAGEMENT**

**(Nucleo Aziendale Gestione Sinistri**

**e**

**Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente)**



## INDICE GENERALE

1. Premessa.....	3
2. Metodologia di lavoro.....	3-4
3. Obiettivi raggiunti anno 2023.....	5-8
4. Attività.....	8-9
4.1 Analisi significative evidenziate nel 2023.....	10-11
4.2 Report cadute.....	12
4.3 Dati derivanti dall'analisi dei Reclami.....	12-13
5. Azioni Migliorative Nucleo Aziendale Gestione Sinistri.....	13
5. Conclusioni.....	14
6. Obiettivi 2024.....	14



## 1. PREMESSA

Il *Comitato di Risk Management* è attivo da 19 anni presso la nostra struttura, fortemente sostenuto dal management aziendale, con l'obiettivo di occuparsi della sicurezza del paziente e della struttura nella sua globalità, ed in particolare di:

GESTIONE  
DEI RISCHI

SICUREZZA  
DEL PAZIENTE

GESTIONE  
DEI SINISTRI

Questa "Relazione Annuale Risk Management" riassume le principali attività svolte dal Comitato distinto nelle sue diverse articolazioni, nell'anno 2023 così come pianificate nel Piano Aziendale del Riskio Clinico/ Sicurezza del paziente emesso nel primo trimestre dell'anno di riferimento.

Condivide inoltre le sue azioni ed i programmi con:

- il comitato controllo infezioni correlate all'assistenza
- l'ufficio formazione
- il sistema gestione qualità
- l'area tecnica
- il responsabile del buon uso del sangue
- il gruppo di lavoro per la clinical governance
- il responsabile del servizio gestione sicurezza sul lavoro
- l'ufficio relazioni con il pubblico
- la Commissione Terapeutica

Nel corso degli anni le azioni del Comitato sono state orientate alla conformità agli specifici obiettivi di sicurezza del paziente dettati dapprima dalla Joint Commission International e successivamente dai requisiti generali e specifici della normativa in materia di accreditamento istituzionale, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei servizi offerti.

La sinergia tra i componenti dei vari Gruppi di lavoro della struttura, afferenti alle diverse tematiche coinvolte nella sicurezza del paziente, ha permesso il conseguimento degli obiettivi del Comitato.

A partire dall'anno 2022 è stata riorganizzata in sinergia con la Direzione Generale, la composizione del Comitato Risk Management prevedendo due aree distinte così definite:

- Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri costituito da: Risk Manager, un medico legale specialista delle assicurazioni, un ortopedico esperto in organizzazione ospedaliera, un esperto in materie giuridiche, la Responsabile URP e un esperto della Pubblica Amministrazione
- Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente costituito dai Responsabili delle U.O. di degenza e dei Servizi e dai Coordinatori dei Reparti e dei Servizi, oltre che dalla CSSA e dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

## 2. METODOLOGIA DI LAVORO

Il Direttore Sanitario ha il ruolo di Risk Manager ed è il riferimento per ricevere le comunicazioni riguardo i programmi, le attività, gli eventi verificatisi nella struttura, ed in particolare riceve i seguenti input su analisi programmazione attività, indagini e verifiche interne:



- **programmazione attività:** valutazione fabbisogno assistenziale, valutazione fabbisogno formativo, turni di lavoro, eventi formativi, piano miglioramento sicurezza, ecc.
- **schede di:** incident reporting, germi alert, progetto prevenzione cadute, valutazione parametri autosufficienza, ecc.
- **indagini periodiche su:** prevalenza e di incidenza delle infezioni correlate all'assistenza, germi circolanti, antibiotico-resistenza, indice microbico ambientale nelle sale operatorie, movimentazione carichi, gestione e percezione dolore, gestione rifiuti, benessere organizzativo, ecc.
- **verifiche periodiche su:** rispetto dei protocolli aziendali, sicurezza paziente (safety walkaround), gestione degli armadi farmaceutici, somministrazione dei pasti, andamento delle pulizie, e partecipazione eventi formativi, umanizzazione in ospedale, audit Sistema Gestione Qualità, privacy, ecc.
- **gruppi di lavoro:** HTA (Health Technology Assessment), Ospedale senza dolore, Lesioni da pressione, NAC (nucleo appropriatezza controlli), Benessere organizzativo, Evidence based practice - linee guida scientifiche, Prevenzione e protezione, Clinical governance, Covid-management
- **input esterni:** suggerimenti, reclami, verifiche/audit ULSS e Regione

Gli eventi avversi/eventi evitati sono gestiti avvalendosi di strumenti reattivi (audit, Root cause analysis-RCA), e proattivi come i giri per la sicurezza (Safety Walk Around) . Dal 2019 è stato utilizzato anche lo strumento di analisi (FMEA) (FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS) in particolare per il processo terapeutico e diagnostico radiologico.

Sulla base degli input predetti e di quelli provenienti dai Responsabili dei Comitati/Gruppi correlati che partecipano alle valutazioni del Comitato Risk Management (Ufficio Tecnico, Gruppo Privacy, Ufficio Personale, Ufficio Economato, Ufficio Qualità, Ufficio Controllo Gestione, Ufficio Relazioni con il Pubblico), il Risk Manager effettua una prima analisi che considera: probabilità di accadimento, gravità dell'effetto, rilevabilità, rilevanza per la struttura e per la sicurezza del paziente.

Tutti gli eventi avversi/eventi evitati sono analizzati con l'utilizzo degli strumenti metodologici predetti con i Referenti del rischio di U.O./Servizio, il Risk Manager ed eventualmente le persone di volta in volta coinvolte al fine di rilevare lacune del sistema o organizzative e mettere in atto le azioni correttive più idonee per evitare il riaccadimento futuro, mantenendo l'anonimato delle persone coinvolte così da consentire l'emergere delle criticità.

Inoltre vengono successivamente discussi nelle riunioni collegiali del Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente.

Nel Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri, invece, vengono analizzati i casi pervenuti con richiesta risarcitoria con stesura delle conclusioni tratte dal Nucleo dalle quali si evincono eventuali azioni correttive, anche in questo caso, da porre in atto per il miglioramento dell'assistenza erogata.

Alla conclusione di ogni caso/argomento trattato, un componente del Comitato viene incaricato di informare sulle conclusioni tratte gli eventuali operatori sanitari coinvolti.

Laddove vengono evidenziate delle criticità, vengono individuate le possibili cause e viene portata a compimento una puntuale azione migliorativa, la cui efficacia è valutata successivamente dal Risk Manager con i propri collaboratori.



### 3. OBIETTIVI RAGGIUNTI ANNO 2023

L'obiettivo del Comitato è la riduzione del rischio clinico per il paziente attraverso l'analisi degli eventi accaduti e dei "quasi eventi" o "eventi evitati", al fine di evitarne il riaccadimento.

#### Sintesi raggiungimento obiettivi realizzati nel 2023

##### OBIETTIVO 1:

**Prevenire il rischio di errori correlati alla non corretta identificazione del paziente del sito chirurgico e della procedura** (Raccomandazione n. 3 Ministero della Salute)

- GARANTIRE LA CORRETTA E UNIVUCA IDENTIFICAZIONE ANAGRAFICA DEL PAZIENTE DAL MOMENTO DELL'INGRESSO ALLA DIMISSIONE
- GARANTIRE PROCEDURE CHIRURGICHE CORRETTE NEL GIUSTO SITO

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE/ NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Aggiornare istruzione operativa interna IO DS 51 e infografica correlata	- modifiche organizzative - modifiche sul sistema gestionale -Avviato aggiornamento istruzione operativa - inviate note con disposizioni interne	Entro 2024	In corso
Formare il personale amministrativo alla corretta identificazione del paziente	Coinvolto il personale accettazione e Sistemi Informativi e Audit	Entro 2024	In corso
Formare il personale neoassunto alla corretta identificazione del paziente e verifica sito chirurgico	Percorso inserimento neoassunti per ogni figura professionale Corso "Rischio Clinico per neoassunti"	Permanente	In corso
Aggiornare il personale infermieristico in tema di qualità pre-analitica	Coinvolto il personale infermieristico in progetto di <i>Qualità preanalitica e POCT</i>	Entro 2023	In corso

##### OBIETTIVO 2:

**Prevenire e gestire il rischio di caduta del paziente nelle strutture sanitarie** (Raccomandazione Ministeriale n. 13)

- RIDURRE IL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE/ NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Aggiornare Protocollo Prevenzione Cadute recependo in toto la Linee di indirizzo sull'argomento della Regione Veneto	Revisione globale documenti di struttura	Entro 2023	Completato
Incrementare affissione poster informativo per i pazienti in tutte le UO	Aggiornamento documento	Entro 2023	Completato
Formare il personale all'utilizzo dei nuovi strumenti di rilevazione del rischio e prevenzione caduta	Incontro CESP Inviata disposizione del Risk Manager a Responsabili e Coordinatori	Entro 2023	Completato
Gestione del rischio ambientale: riordino dei locali, corridoi e stanze degenze	Aggiornamento documento per rilevazione rischi ambientali Effettuata rilevazione annuale per ogni UU.OO e servizio - coinvolto Area Tecnica	Entro 2024	In corso



	-disposizione Risk Manager a seguito AUDIT		
Valutazione tipologia e dotazione dei mezzi di protezione presenti nelle varie UO	Effettuata valutazione di nuovi dispositivi di sicurezza per pazienti a rischio caduta	Entro 2024	In corso

**- MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA GLI OPERATORI AL CAMBIO TURNO O PASSAGGIO DI SETTING SECONDO METODOLOGIA SBAR**

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE/ NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Avvio Progetto di Miglioramento FSC "Handover con mezzo SBAR" per UO Chirurgia e SO	-Concluso progetto di FSC "Il sistema SBAR per un corretto handover" - Emessa nuova modulistica:	Anno 2025	In corso
Conclusione Progetto di miglioramento FSC "Revisione documentazione infermieristica per la pianificazione assistenziale"	-Concluso progetto di sormazione FSC - Revisionata modulistica di pianificazione assistenziale e ADL	Entro 2024	In corso

**- MIGLIORARE LA PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE ALLA CURE**

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE/ NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione modulistica consenso informato (minorenni e delega)	Avviato aggiornamento documentale	2025	In corso
DAT: Formazione del personale	evento formativo residenziale "L 219/2017	2024	In corso
Gestione del dolore	Erogato n.1 evento formativo residenziale Aggiornato documento "Trattamento antalgico in chirurgia ortopedica e riabilitazione ortopedica" Somministrato ai pazienti di Ortopedia e Riabilitazione ortopedica "Questionario qualità percepita sulla gestione del dolore"		completato

- Accoglienza e gestione pazienti presso UO

**OBBIETTIVO 3:**

***Ridurre il rischio di danno correlato al malfunzionamento del sistema di trasporto intra ed extraospedaliero***  
(Raccomandazione Ministeriale n. 11)

**- RIDURRE IL RISCHIO DI DANNO CORRELATO A MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTRA E INTEROSPEDALIERO**

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE/ NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Aggiornamento IO di struttura	Aggiornamento documento "Trasporto intra e interospedaliero"	2023	In corso

**OBBIETTIVO 4:**

***Prevenire le lesioni da inadeguata postura/decubito***

**- PREVENZIONE LESIONI DA PRESSIONE**



AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Aggiornamento scheda medicazioni (distinguere LdP da altre ferite/lesioni)	Aggiornamento documento Scheda medicazioni LDP	2023	In corso
Formazione del personale	Effettuata formazione d'aula per l'utilizzo della scheda e nuove tipologie di medicazioni avanzate in data	2024	In corso

**OBIETTIVO 5:**

**Ridurre il rischio di errore terapeutico** (Raccomandazioni Ministeriali n. 1, 7,10,12,17,18 e 19)

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Avvio revisione modalità di documentazione ricognizione e riconciliazione terapeutica (almeno al momento dell'ingresso)	In corso	2024	In corso
Revisione globale Istruzione Operativa Emergenza e Urgenza clinica	Aggiornamento documentazione - "Presenza in carico della persona in urgenza- emergenza clinica" Affissi poster in ogni UU.OO-Servizio con remind azioni Revisionate Check List carrelli emergenza e ridistribuiti carrelli e DAE.	2023	completato
Aggiornamento Protocollo di struttura (recepimento raccomandazioni Ministeriali)	Aggiornamento documentazione "Corretta gestione dei farmaci in struttura" "La prevenzione dell'errore terapeutico: recepimento raccomandazioni ministeriali"	2023	completato
Revisione SUT con modello specifico per ogni UO	Aggiornata SUT in: - cartella anestesologica -PACU - cartella integrata per Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale	2024	In corso

**OBIETTIVO 6:**

**Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari** (Raccomandazione Ministeriale n. 8)

**- PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DELL' OPERATORE**

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione IO interna con adeguamento a linee di indirizzo Regione Veneto e DVR della Casa di Cura	Revisionata istruzione operativa e modalità di segnalazione evento/quasi evento "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"	2023	Completato
Formazione del personale neoassunto	Erogata la formazione obbligatoria per neoassunti e nuovi collaboratori – Piano formativo annuale RSPP	Permanente	In corso
Formazione avanzata-corso pratico	Formazione teorico-pratica n. 2 edizioni	Permanente	In corso

**OBIETTIVO 7:**

**Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento di dispositivi medici ed apparecchi elettromedicali**  
(Raccomandazione Ministeriale n.9)

**- PREVENZIONE DEI MALFUNZIONAMENTI /MAL POSIZIONAMENTO DI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHIATURE**



AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione IO interna e formazione del personale	Avviata revisione documentale "Vigilanza dispositivi medici"	2024	In corso
Formazione del personale neoassunto	Percorso inserimento neoassunti	2024	In corso

**OBIETTIVO 8:**

*Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO* (Raccomandazione Ministeriale n. 5)

- PREVENIRE IL RISCHIO DI EVENTI COLLEGATI A SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione IO interna e formazione del personale	Aggiornamento documento "Gestione emocomponenti ed emoteca" <i>Comunicazione del Direttore Sanitario a tutte le UU.OO per variazione orario trasporto campioni biologici/emoderivati</i>	2023	Completata
Formazione del personale neoassunto	Percorso inserimento neoassunti	Permanente	In corso

**OBIETTIVO 9:**

*Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale* (Raccomandazione Ministeriale n. 4)

- PREVENIRE IL RISCHIO SUICIDIO

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione IO interna e formazione del personale	Aggiornamento documento "Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale" 01.12.2023 Formazione d'aula per il personale	2023	Completata
Formazione del personale neoassunto	Percorso inserimento neoassunti	Permanente	In corso

**OBIETTIVO 10:**

*Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*

(Raccomandazione Ministeriale n. 2)

AZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO REALIZZATE/IN CORSO Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Periodo stimato di completamento	Obiettivo PARZIALMENTE / NON RAGGIUNTO/ IN CORSO
Revisione IO interna	Aggiornamento documento "Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"	2023	Completata

## 4. ATTIVITA'

Si riportano di seguito, sintetizzate in tabelle, le principali attività del Comitato Risk Management (iniziata a metà 2004). Nel corso degli anni è riportata schematicamente nella tabella seguente l'attività del NAGS (Nucleo Aziendale per la Gestione Sinistri) (*tabella 1*).

**Tabella 1:** Attività di audit del NUCLEO AZIENDALE GESTIONE SINISTRI





Periodo	N° riunioni	N° casi discussi	Azioni migliorative attuate
2004 - 2009	24	147	93
2010 - 2014	30	152	123
2015-2019	27	135	169
2019	5	22	35
2020	7	15	26
2021	4	9	8
2022	3	6	3
<b>2023</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>492</b>	<b>465</b>

Le azioni principali effettuate nel 2023 sono elencate nel **paragrafo 3** declinate per ciascun obiettivo.

Nella tabella seguente (*tabella 2*) è riportata la variazione negli anni delle criticità prevalenti per ogni caso discusso, tenendo presente che, dal 2008, per ogni caso trattato si è scelto di individuare anche più criticità e, dal 2009, si è scelto di introdurre la nuova voce: “elementi insufficienti per concludere”.

Si può notare come vi sia sempre una variabilità diversa tra i vari anni nelle criticità prevalenti. **Un dato positivo molto importante che si è evidenziato negli ultimi due anni è quello corrispondente a “nessuna criticità rilevata”** con una percentuale del 67% relativamente ai casi discussi sia nel 2022 che nel 2023.

**Tabella 2:** Criticità prevalenti (*anche più criticità per ogni caso*) evidenziate negli audit del Nucleo Aziendale Gestione Sinistri (Comitato Risk Management)

ANNO	Criticità professionali	difetti di organizzazione /comunicazione	insufficiente descrizione atti sanitari	consenso mancante o insufficiente	aspetti tecnici	nessuna criticità rilevata	elementi insufficienti per concludere (nuova voce dal 2009)
Quinquennio 2004-2009 su 147 casi	35%	26%	16%	7%	5%	18%	//
Quinquennio 2010-2014 su 152 casi	31%	36%	24%	4%	5%	19%	7%
Quinquennio 2015-2019 su 135 casi	32%	36%	19%	1%	4%	24%	8%
2020 su 15 casi	26%	40%	6%	0	0	33%	6%
2021 su 9 casi	33%	0	22%	0	0	34%	11%
2022 su 6 casi	0	17%	0	16%	0	67%	0
<b>2023 su 6 casi</b>	<b>16,5%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16,5%</b>	<b>0</b>	<b>67%</b>	<b>0</b>

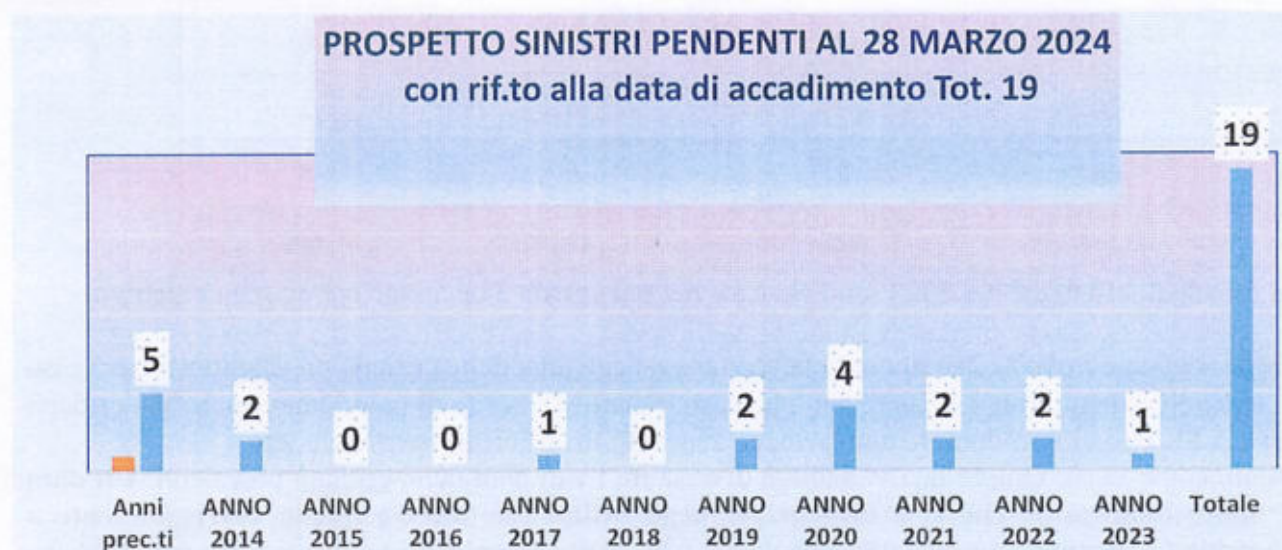


## 4.1 ANALISI SIGNIFICATIVE EVIDENZIATE NEL 2023

Si riportano di seguito i risultati più significativi.

Si è consolidato, anche per l'anno 2023, il contenimento delle azioni risarcitorie per fatti recenti, come riportato nella *tabella 3*, dal 2010 in poi.

**Tabella 3:** Grafico sinistri



**Tabella n. 3:** Prospetto sinistri pendenti rispetto all'anno in cui si è verificato l'evento.

La tabella 3 evidenzia il trend in diminuzione progressiva delle richieste di risarcimento danni. (si evidenzia l'anno 2020 che ha avuto un aumento delle richieste danni in concomitanza al periodo della pandemia da Covid.)

Si registra un numero di cadute analogo a quello dell'anno precedente ma con una riduzione delle cadute con lesioni rilevanti, con un tasso di incidenza pari allo 0,9%.

- quinquennio 2004-2008 → 6%
- quinquennio 2009-2013 → 3%
- quinquennio 2014-2018 → 1%
- anno 2019 → 1%
- anno 2020 → 1,5 %
- anno 2021 → 2,7 %
- anno 2022 → 2 %
- **anno 2023 → 0,9 %**



Gli obiettivi fissati dal progetto prevenzione cadute sono stati raggiunti e sono state effettuate le seguenti azioni migliorative/preventive: percorso neo-assunti, giri per la sicurezza, corso di formazione in materia di prevenzione delle cadute, percorsi informativi/formativi per i candidati ad interventi di protesizzazione (sospesi per emergenza pandemica), sensibilizzazione e verifica su tutti gli operandi di protesi articolare, corretto uso delle stampelle, manutenzione corrimani, strisce antiscivolo, pavimentazione, attrezzature e dispositivi per la deambulazione e per i trasporti, ultimato il piano per l'aumento dei letti ad altezza variabile, schede specifiche di segnalazione, valutazione rischio cadute con azioni preventive per ogni paziente ricoverato.

Il buon numero delle segnalazioni di incident reporting n. **30**, escluse le cadute, sebbene confermi la sensibilizzazione del personale della struttura, rimane un aspetto da monitorare in quanto considerato un indicatore positivo per la gestione della prevenzione del rischio clinico.

Nel 2023 oltre che alle n. **30** schede di incident reporting, sono pervenute n. **105** segnalazioni di caduta per un totale di **135** segnalazioni di **eventi avversi**. Sono pervenute inoltre n. **12** segnalazioni di eventi evitati.

### REPORT EVENTI AVVERSI – EVENTI EVITATI

anno 2023

NUMERO E TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	UNITÀ OPERATIVA							Totale
	CHIRURGIA/ ORTOPEDIA	MFR NEURO- ORT	MED/GER MFR CARD.	HOSPICE	SERVIZIO RADIOLOGIA	SERVIZIO FKT	SALA OPERATORIA	
CADUTA	9	42	28	25	0	1	0	105
INESATTEZZA DATI PAZIENTE/LATO/SEDE	2	3	2	0	2	0	0	9
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE DIAGNOSTICO- TERAPEUTICA	4	2	0	0	1	0	2	9
INADEGUATA/ERRATA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE FARMACO	7	2	2	1	0	0	0	12
<b>TOTALE</b>	<b>22</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>135</b>

NUMERO E TIPOLOGIA EVENTI EVITATI	UNITÀ OPERATIVA							Totale
	CHIRURGIA/ ORTOPEDIA	MFR NEURO- ORT	MED/GER MFR CARD.	HOSPICE	SERVIZIO RADIOLOGIA	SERVIZIO AMBULA TORI	SALA OPERATORIA	
INESATTEZZA DATI PAZIENTE/LATO/SEDE					1			1
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE DIAGNOSTICO- TERAPEUTICA								
INADEGUATA/ERRATA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE FARMACO	2							2
AGGRESSIONE OPERATORE	4		1	2		1		8
TENTATO SUICIDIO		1						1
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>12</b>



## 4.2 REPORT CADUTE al 31.12.2023

### ANALISI EVENTO AVVERSO CADUTA

EVENTO AVVERSO CADUTA	UNITÀ OPERATIVA							Totale
	CHIRURGIA/ORTOPEDIA	MFR NEURO-ORT	MED/GER MFR CARD.	HOSPICE	SERVIZIO RADIOLOGIA	SERVIZIO FKT	SALA OPERATORIA	
N. EVENTI	9	42	28	25	0	1	0	105
N. PAZIENTI CADUTI	9	33	27	18	0	1	0	87

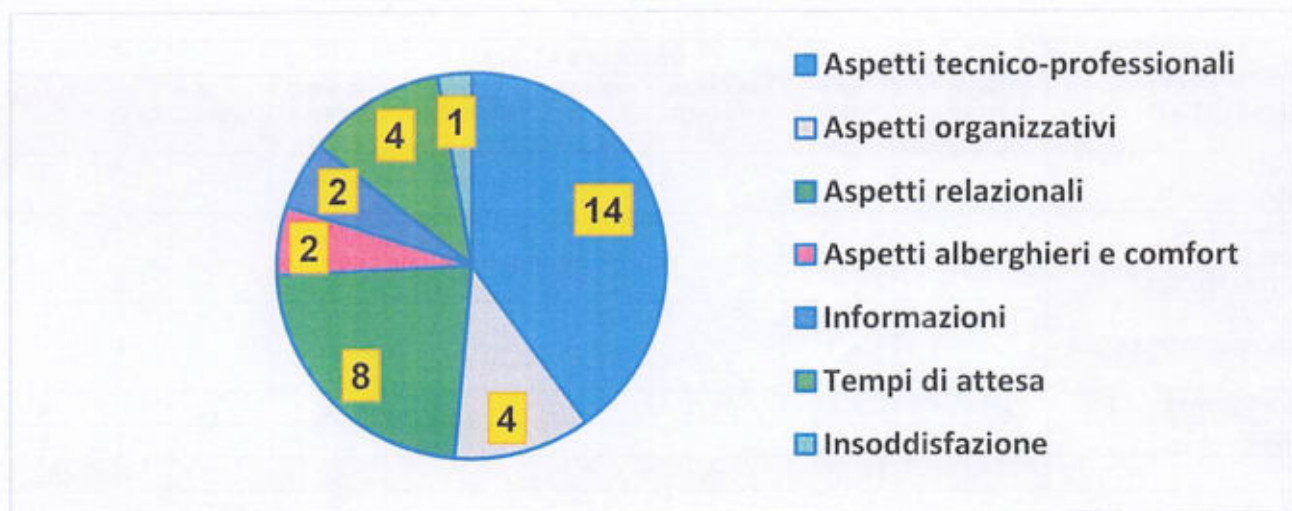
EVENTO AVVERSO CADUTA PER PERIODO DELL'ANNO	UNITÀ OPERATIVA							Totale
	CHIRURGIA/ORTOPEDIA	MFR NEURO-ORT	MED/GER MFR CARD.	HOSPICE	SERVIZIO RADIOLOGIA	SERVIZIO FKT	SALA OPERATORIA	
01.01.2023-30.06.2023	4	19	18	9	0	1	0	51
01.07.2023-31.12.2023	5	23	10	16	0	0	0	54

Fascia oraria accadimento caduta	TURNO MATTINA	TURNO POMERIGGIO	TURNO NOTTURNO	Cambio turno
	ORARIO	7:00-13:00	13:00-21:00	
TOTALE EVENTI	34	18	45	1

Fascia età pazienti con episodio di caduta	0-20 anni	20-49 anni	50-59 anni	60-69 anni	70-79 anni	Oltre 80 anni
TOTALE EVENTI	0	4	2	7	38	48
Punteggio medio Indice di Barthel	30					

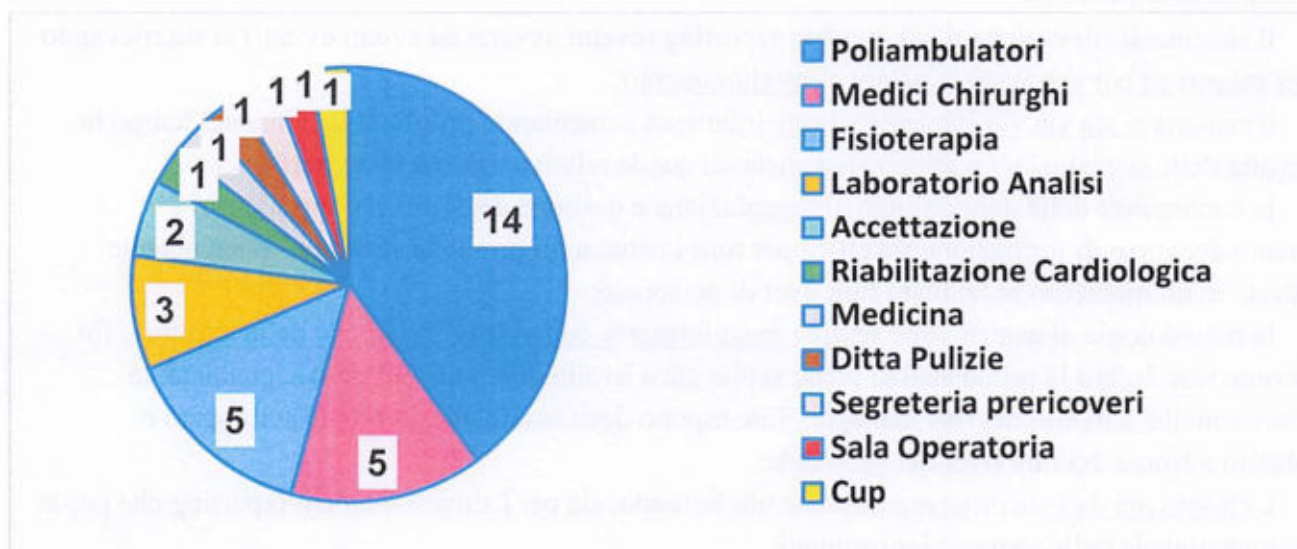
## 4.3 DATI DERIVANTI DALL'ANALISI DEI RECLAMI

### 6.1 Grafico delle criticità emerse nel 2023 sul Totale Reclami n. 32 (I reclami possono presentare anche più di una criticità)





## 6.2. Grafico dei reparti e servizi più interessati dai reclami nel 2023 Tot. 32 (Un reclamo può riguardare anche più di un reparto/servizio)



La Direzione Aziendale recepisce i reclami degli utenti e li analizza secondo il regolamento del Comitato per il Risk Management

## 5. AZIONI MIGLIORATIVE Nucleo Aziendale Gestione Sinistri

### ANNO 2023

**CASO 1 CRM** Nessuna criticità

**CASO 2 CRM** Nessuna criticità

### CASO 3

#### AZIONI MIGLIORATIVE

- 1) *Revisionate procedure*

Nessuna criticità rilevata

**CASO 4 CRM** Nessuna criticità

**CASO 5 CRM** Nessuna criticità

### CASO 6

#### AZIONI MIGLIORATIVE

- 1) *Revisionate procedure.*
- 2) *Audit clinico su campione di cartelle cliniche.*
- 3) *Controlli cartelle cliniche.*



## 6. CONCLUSIONI

1. il sistema di rilevazione degli incident reporting (eventi avversi ed eventi evitati) si sta rilevando uno dei pilastri su cui si basano le azioni di miglioramento;
2. il sistema si sta via via implementando, infatti sta aumentando progressivamente nel tempo la numerosità delle segnalazioni comprensive anche di quelle relative agli eventi evitati
3. la conoscenza della metodologia di segnalazione e gestione degli errori e quasi errori è argomento del corso di formazione specifica per tutti i neoassunti presso la struttura, fondamentale soprattutto in un momento accentuato turn over di personale;
4. la metodologia di analisi vede sempre maggiormente coinvolto il personale della struttura, fin dalla prime fasi. Infatti la prima analisi viene svolta già a livello di reparto/servizio segnalante, la successiva analisi a livello del risk manager. Tale aspetto deve essere ulteriormente sviluppato e consolidato a fronte del turn over del personale;
5. il ritorno dei dati sta progressivamente migliorando, sia per i singoli incident reporting che per la valutazione globale delle segnalazioni annuali;
6. le segnalazioni degli incident reporting hanno condotto a varie azioni di miglioramento, divenendo uno dei principali input per l'attività del Risk Manager;
7. I giri per la sicurezza si stanno rivelando una preziosa risorsa sia di coinvolgimento su campo del personale che di identificazione dei possibili failure, quindi un sistema proattivo efficace.

## 7. OBIETTIVI 2024

Per il 2024 il Comitato Risk Management ha proposto seguenti obiettivi:

- 1) Discutere tutti i nuovi casi entro tre mesi
- 2) Effettuare corsi di sensibilizzazione per il personale in merito al risk management
- 3) Ridurre l'incidenza delle cadute
- 4) Favorire le segnalazioni di incident reporting con particolare riguardo anche agli eventi evitati.
- 5) Attuare gli obiettivi proposti nel Piano Annuale del Rischio Clinico e del Piano Annuale del Comitato Infezioni Ospedaliere.

Il Comitato desidera esprimere la propria riconoscenza a quanti, operatori della struttura e consulenti esterni, hanno collaborato nella segnalazione degli incident reporting, nel raggiungimento degli obiettivi pianificati e nella attuazione delle azioni migliorative proposte al fine di garantire un livello sempre più elevato di sicurezza nelle cure

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Marialuisa Migliorino*