



RELAZIONE ANNUALE

RISK MANAGEMENT

relativa all'attività dell'ANNO 2021

A CURA DEL

COMITATO PER IL RISK MANAGEMENT

Comitato per il Rischio Sanitario, la Sicurezza Paziente, la Gestione Sinistri



Indice generale

1. Premessa.....	3
2. Attività.....	4
2.1 Metodologia di lavoro.....	4
2.2 Obiettivi.....	6
2.3 Dati di attività.....	6
3. Analisi significative evidenziate nel 2021.....	7
3.1 Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami.....	9
4. Raggiungimento Obiettivi 2021.....	10
ALLEGATO 1.....	11
ALLEGATO 2.....	14



1. Premessa

Il *Comitato di Risk Management* è attivo presso la nostra struttura, continuando ad essere fortemente voluto dal management aziendale, da 18 anni con l'obiettivo di occuparsi della sicurezza della struttura nella sua globalità, ed in particolare di:

GESTIONE
DEI RISCHI

SICUREZZA
DEL PAZIENTE

GESTIONE
DEI SINISTRI

Pertanto, questa "Relazione Annuale Risk Management" assume la valenza di:

PIANO AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE.

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

Nel corso degli ultimi anni i programmi del Comitato sono stati orientati anche agli specifici obiettivi internazionali di sicurezza dei pazienti dettato dalla Joint Commission International.

Tali obiettivi infatti permettono alle organizzazioni di affrontare aree di interesse specifiche in alcuni degli ambiti più problematici della sicurezza dei pazienti.

Tra gli obiettivi del comitato, anche il coinvolgimento su specifici temi:

- Sicurezza sul Lavoro,
- Formazione del personale,
- Buon Uso del Sangue,
- Sistema Qualità (mantenimento efficacia)

Nel corso degli anni il Comitato Risk Management si è adeguato alle mutate esigenze, aumentando le aree di interesse e modificando la sua organizzazione e funzionalità.

Per il buon funzionamento del Comitato è risultata essenziale la sinergia tra i componenti dei vari Comitati/Gruppi di lavoro/Servizi della struttura, che hanno permesso di realizzare una serie di interventi riconducibili a tali obiettivi, che vengono analizzati nell'ultima parte della relazione.

Il coordinamento di questi gruppi viene effettuato dal "Risk Manager" che in gruppo di lavoro ristretto valuta e istruisce le pratiche e seleziona i casi da portare in discussione in Comitato.



2. Attività

2.1 Metodologia di lavoro

La Direzione Sanitaria (il Direttore Sanitario ha il ruolo di Risk Manager) è di 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

Identificato il rischio, si procede quindi all'analisi che si avvale principalmente di strumenti reattivi (audit, Root cause analysis-RCA), e proattivi come i giri per la sicurezza (Safety Walk Around). Dal 2019 si è iniziato a integrare con gli strumenti proattivi, con lo strumento di analisi (FMEA) (*FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS*) in particolare per il processo terapeutico e diagnostico radiologico.

Sugli input sopracitati e su quelli giunti ai Responsabili di altre funzioni 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.

La maggior parte degli eventi che peraltro risultano nella maggioranza dei casi “quasi eventi” viene analizzata e risolta già a livello di responsabili e coordinatori e responsabili di funzione delle singole unità operative. Tale scelta è stata effettuata dopo aver verificato nel tempo come il gruppo di professionisti citato avesse sviluppato capacità di utilizzo di metodi e strumenti snelli ma efficaci per la verifica su campo delle possibili cause dei failure, nonché la verifica dell'adeguatezza delle misure di prevenzione/mitigazione dei rischi esistenti, mentre il Risk Manager effettuava solo una funzione di controllo e supervisione dell'analisi e delle soluzioni adottate.

Nell'ultimo periodo tale attività ha evidenziato qualche criticità per il turn over di personale: rapido e a vari livelli di posizioni lavorative.



Si è invece proseguito con la consueta metodologia per una minor parte dei casi in cui il Risk Manager approfondisce ulteriormente l'analisi della criticità (RCA). Sono stati quindi scelti i casi/argomenti di rilevanza e di interesse che possono essere portati in discussione al Comitato Risk Management, sostanzialmente si discutono gli eventi sentinella oppure gli eventi avversi che non rientrano nella classificazione degli eventi sentinella ma che hanno avuto un impatto significativo sull'organizzazione.

Viene quindi predisposta l'istruttoria dettagliata del caso.

Per raggiungere una migliore funzionalità analitica e decisiva sulle azioni migliorative da attuare, i casi vengono spesso discussi prima da un gruppo definito "Comitato Ristretto", che riporta poi quanto espletato in sede di Comitato. Il "Comitato Ristretto" spesso valuta i casi e ne completa l'analisi con un audit ritenendo superfluo approfondire ulteriormente la discussione nel Comitato Risk Management allargato.

I casi sono trattati in Comitato con la metodica dell' audit, e viene redatto un verbale di audit per ogni argomento trattato.

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. Viene infatti aggiornato l'iter seguente, che verifica nel tempo l'andamento delle raccomandazioni formulate dal Comitato e delle azioni migliorative conseguenti.

In premessa a quanto di seguito elaborato per l'anno 2021, è doverosa una riflessione dettata dal periodo di emergenza sanitaria legata all'epidemia COVID 19. Anche la Casa di Cura è infatti stata sede di ricovero di pazienti positivi al Virus Sars-CoV-2 nel corso dell'anno 2021 (I^o trimestre dell'anno). In tali situazioni l'obiettivo condiviso tra Comitato Risk Management e Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza è stato quello di attivare tutte le possibili strategie per contenere la diffusione del contagio in struttura con lo scopo di ridurre sia il rischio clinico, a salvaguardia dei degenti, che il rischio biologico, a tutela dei lavoratori.

A questa situazione si è associato il turn over di personale di assistenza che ha richiesto un ulteriore impegno formativo sugli aspetti tecnico-operativi. Rispetto quindi a quanto inizialmente ipotizzato come azioni di miglioramento in corso d'anno con il maggior coinvolgimento del personal neoassunto e nel processo di segnalazione e discussione degli eventi avversi.

2.2 Obiettivi

L'obiettivo del Comitato si concretizza nella ricerca, conoscenza, analisi degli eventi accaduti e dei "quasi eventi" o "eventi evitati", al fine di mettere in atto le azioni correttive necessarie ad evitarne il riaccadimento.

2.3 Dati di attività

L'attività del Comitato Risk Management (iniziata a metà 2004) nel corso degli anni è riportata schematicamente nella tabella seguente (*tabella 1*).



Tabella 1: Attività di audit del Comitato Risk Management

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
TOTALE	97	480	454

Le azioni principali effettuate nel **2021** sono elencate nell'*allegato 2*, a fine relazione.

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, ma tre di essi risultano sempre le più frequenti: difetti organizzativi e di comunicazione, errori professionali, insufficiente descrizione degli atti sanitari.

Tabella 2: Criticità prevalenti (*anche più criticità per ogni caso*) evidenziate negli audit del 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 13 casi	32%	36%	19%	1,2%	4%	24%	8%
2019 su 22 casi	26%	20%	17%	3%	0	9%	0
2020 su 15 casi	26%	40%	6%	0	0	33%	6%
2021 su 9	33% (tot. 3)	0	22% (tot. 2)	0	0	34% (tot.3)	11% (tot.1)



Tabella 3: Grafico sinistri



3. Analisi significative evidenziate nel 2021

Al fine di rendere più semplice la lettura e quindi la comprensione della relazione 2021, vengono di seguito riportati, illustrandoli, i risultati che si ritengono più significativi.

Un risultato molto importante che si è consolidato anche quest'anno è il contenimento delle azioni risarcitorie per fatti recenti, come riportato nella *tabella 3*, dal 2010 in poi.

Tabella n. 3: Prospetto sinistri (chiusi e pendenti) rispetto all'anno in cui si è verificato l'evento.

La tabella 3 evidenzia come si sia consolidato il trend in diminuzione progressiva delle richieste di risarcimento danni.

Tale dato va valutato tenendo in considerazione la possibilità di avviare un'azione risarcitaria entro 10 anni dal'evento. A tal fine abbiamo effettuato una valutazione sui sinistri (ovvero richieste di risarcimento danni) pervenuti dal 2010 al 2021 per determinare il tempo intercorrente tra l'evento e la ricezione della apertura del sinistro. È emerso un quadro in linea con le aspettative dell'ente assicuratore, ovvero: il 72% delle denunce avviene entro i primi 3 anni dal fatto e l'83% entro i 4 anni, analogamente all'anno precedente. Questo consente di avere una prospettiva del rischio assicurativo.

Rispetto al livello di gravità delle lesioni conseguenti all'evento caduta, nell'anno in corso si registra un lieve aumento dell'incidenza delle cadute con lesioni rilevanti. Si ritiene di interpretare tale dato coerentemente con l'assenza di caregiver/familiari per pazienti richiedenti assistenza continuativa, nel corso dell'anno anche a seguito dell'adozione di misure preventive finalizzate alla riduzione della circolazione del virus Sars Cov-2 e del conseguente rischio di contagio nelle aree di degenza.

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

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 (57) sebbene confermi la sensibilizzazione del personale della struttura, rimane un aspetto da monitorare in quanto considerato un indicatore di positivo per la gestione della prevenzione del rischio clinico

Nel 2021 oltre che alle n. 57 schede di incident reporting, sono pervenute n. 109 segnalazioni di caduta per un totale di **166 segnalazioni**.

Si segnala un numero leggermente superiore di eventi evitati rispetto agli eventi avversi. Ciò

- n. 29 nel 2021
- n. 33 nel 2020
- n. 64 nel 2019
- n. 81 nel 2018
- n. 20 nel 2017

ovvero eventi non avvenuti ma evitati e ritenuti una possibile criticità (analisi pro-attiva), con lo sviluppo di una azione preventiva. Ci si attende che questo dato aumenti progressivamente con la maggior consapevolezza dei lavoratori sull'importanza di queste segnalazioni.

Tra le varie azioni effettuate nel 2021 per sensibilizzare il personale in materia di prevenzione del rischio clinico, sono stati effettuati incontri con i primari e i coordinatori di ogni Unità Operativa nel corso dei quali sono state comunicate le risultanze dei safety walk around allo scopo di condividere le criticità rilevate e le azioni correttive da mettere in atto.



3.1 Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami

Grafico delle criticità emerse nel 2021 (Totale reclami n. 35)

Un reclamo può presentare anche più di una criticità

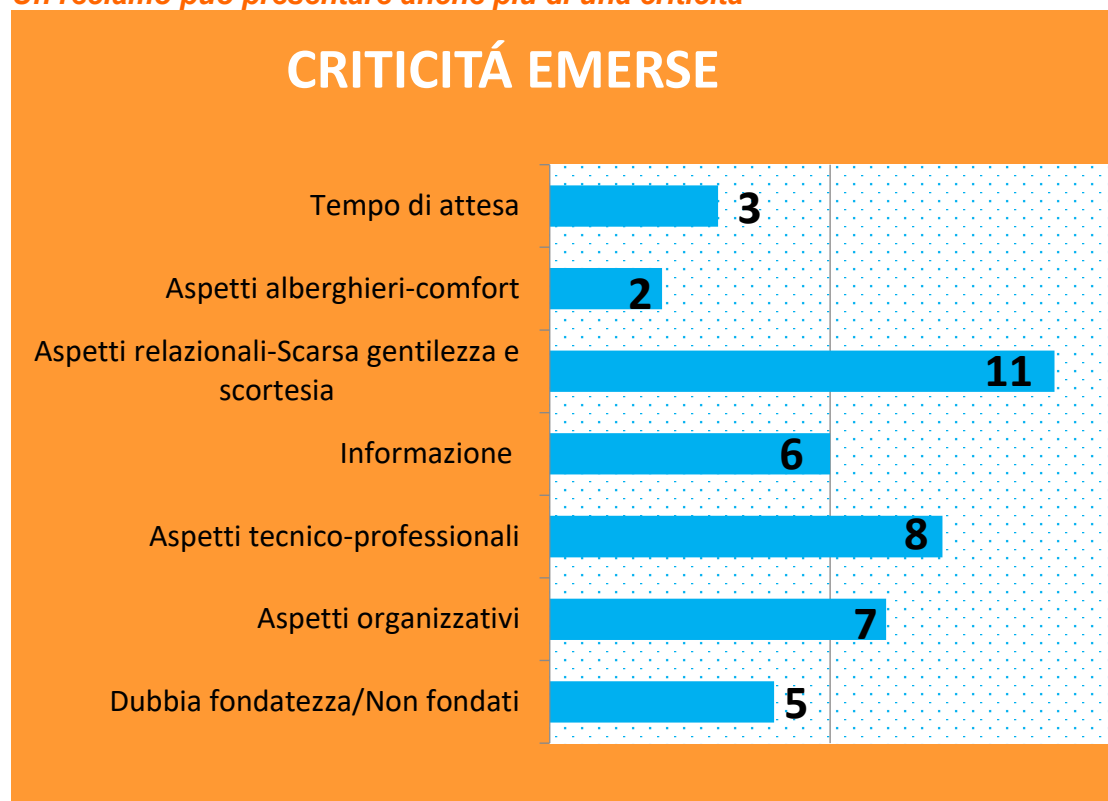
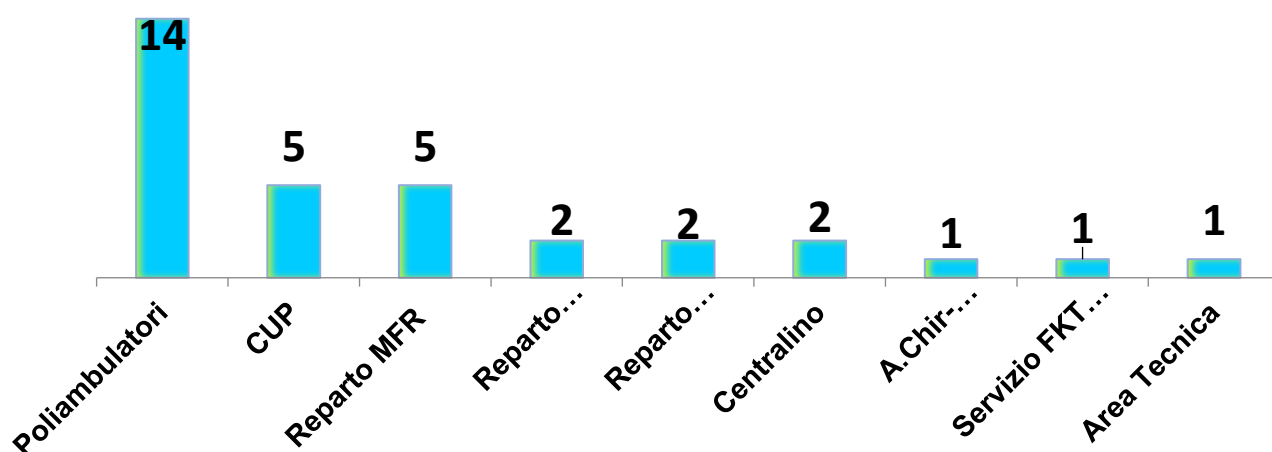


Grafico dei reparti e servizi più interessati dai reclami nel 2021 Tot. 35

Un reclamo può essere relativo anche a più di un reparto o servizio



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



4. Raggiungimento Obiettivi 2021

Per il 2021 il Comitato Risk Management si era dato i 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) Mantenere il trend di stabilizzazione del fenomeno cadute
- 4) mantenere o incrementare le segnalazioni di incident reporting
- 5) attuare gli obiettivi dettati dalla Joint Commission International
- 6) raggiungere gli obiettivi previsti nel “Piano Miglioramento Sicurezza sul Lavoro”
- 7) effettuare gli interventi formativi previsti dal “Piano annuale della Formazione”
- 8) adoperarsi per il buon uso del sangue finalizzato a contenere il numero delle trasfusioni
- 9) ottenere il mantenimento della certificazione per il Sistema di Qualità

Tutti gli obiettivi del 2021 sono stati portati a termine.

Gli obiettivi dettati dalla Joint Commission International sono riportati nell’ **allegato 2**.

Di seguito sono riportate anche le azioni migliorative promosse dal Comitato, realizzate nel **2021 allegato 3**.

Il Comitato desidera esprimere la propria riconoscenza a quanti, operatori della struttura e consulenti esterni, hanno collaborato nella segnalazione e nella attuazione delle azioni migliorative proposte.

per il Comitato Risk Management:
Risk Manager
Marialuisa Migliorino



REPORT CADUTE
al 31.12.2021

Totale n. 109

CADUTE suddivise per PIANO/UO e GRAVITA' della LESIONE				
piano	unità operativa	Non ha riportato evidenti lesioni traumatiche	Ha riportato lesioni lievi	Ha riportato lesioni rilevanti
0	fkt est	1	0	0
1	poliambulatori	0	1	0
2	ortopedia	11	2	1
	mfr orto	6	2	0
3	mfr neuro	11	3	0
	mfr orto	2	0	0
	mfr cardio	7	6	0
	mfr resp	2	1	0
4	mfr orto	1	0	0
	mfr resp	0	1	0
	medicina	9	6	1
	geriatria	11	6	0
5	hospice	16	1	1
Totale	109	77	29	3

CADUTE per TURNO

turno piano	0	1	2	3	4	5	TOT
07:00 - 13:00	0	1	7	12	5	5	30
13:00-21:00	1	0	5	15	15	3	39
21:00-7:00	0	0	10	4	13	8	35
orario non indicato	0	0	0	1	0	0	1
al cambio fascia oraria	0	0	0	0	2	2	4

CADUTE PER ETÀ'

fascia età	n°
0-20	0
20-49	2
50-59	5
60-69	6
70-79	41
Oltre 80 anni	55



CADUTE PER MESE							
Mese / piano	0	1	2	3	4	5	TOT
GENNAIO	0	0	0	2	1	0	3
FEBBRAIO	0	1	2	1	2	1	7
MARZO	1	0	5	5	7	3	21
APRILE	0	0	2	4	3	0	9
MAGGIO	0	0	3	1	3	0	7
GIUGNO	0	0	3	3	2	2	10
LUGLIO	0	0	2	0	5	5	12
AGOSTO	0	0	0	3	1	2	6
SETTEMBRE	0	0	1	6	2	3	12
OTTOBRE	0	0	2	1	3	0	6
NOVEMBRE	0	0	2	2	2	2	8
DICEMBRE	0	0	0	2	4	0	6

INCIDENT REPORTING (IR) suddivisi per Aree operative (degenza /ambulatori) escluse le CADUTE

Unità Operativa	EA	EE
	Evento avverso	Evento Evitato
Fisioterapia Ambulatoriale	0	0
Poliambulatori	1	1
Area chirurgica-Ortopedica	4	17
Gruppo Operatorio	5	2
Area Riabilitativa	10	4
Area Medicina – Geriatria	4	2
Hospice	0	1
Radiologia	1	0
Laboratorio Analisi	0	0
Accettazione-CUP	3	2
TOTALE	28	29

Analisi schede di incident reporting dal 2016 al 2021 relative alla terapia farmacologica

Le segnalazioni relative alla terapia farmacologica calcolata sulle segnalazioni totali, escluse quelle da caduta (sia eventi evitati che eventi avversi) sono state:

- 12 segnalazioni nel 2021 (21% delle segnalazioni)
- 5 segnalazioni nel 2020 (8% delle segnalazioni)
- 16 segnalazioni nel 2019 (16% delle segnalazioni)
- 26 segnalazioni nel 2018 (23% delle segnalazioni)
- 21 segnalazioni nel 2017 (21% delle segnalazioni)
- 19 segnalazioni nel 2016 (27% delle segnalazioni)



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 ed in particolare nel 2021 gli eventi evitati sono stati maggiori degli eventi avversi a dimostrazione di una sempre maggiore capacità del sistema di intercettare l'errore,
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



Sintesi raggiungimento obiettivi dettati dalla Joint Commission International, realizzati nel 2021

Obiettivo 1:

Identificare correttamente i pazienti

(Proceduta IO-DS-52 Identificazione del giusto paziente)

Braccialetto identificativo per tutti i degenti e pazienti in chirurgia ambulatoriale
Percorso inserimento neoassunti per formazione specifica in merito alla modalità di identificazione del paziente
Revisione Istruzione operativa per l'emostrasfusione con relativi incontri d'aula per l'implementazione e verifica adesione, con particolare riguardo alla Raccomandazione n. 5 del Ministero della Salute.
Compilazioni di schede Incident reporting per eventuali errori/quasi errori.
Verifica adesione durante i "giri per la sicurezza": da uniformare modalità di identificazione n. letto paziente nelle stanze (da sinistra o da destra)
Identificazione indicatore specifico

Obiettivo 2:

Migliorare l'efficacia della comunicazione

(Procedura IO-DS-51 per l'utilizzo dello strumento SBAR per comunicare lo stato del paziente)

Verifica periodica durante i "giri per la sicurezza" per la corretta applicazione del sistema SBAR: da migliorare la documentazione delle "Raccomandazioni" scritte nel diario clinico integrato del paziente al cambio turno
Verifica completezza dei dati negli strumenti informativi di prevalente uso infermieristico.
Percorso inserimento neoassunti per formazione specifica in merito alla modalità di documentazione dell'intervento assistenziale secondo SBAR, anche in situazione di emergenza clinica
Formazione in aula per la gestione della comunicazione efficace secondo SBAR anche durante l'emergenza

Obiettivo 3:

Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

(Protocollo PM-FAR-01 Corretta gestione e somministrazione dei farmaci)

Verifiche periodiche presso i reparti/servizi in occasione dei safety walkaround (giri per la sicurezza) per verificare la corretta tenuta della scheda unica terapia e modalità di somministrazione delle terapie, la corretta tenuta dei farmaci in armadio con particolare riferimento ai farmaci LASA e quelli ad alto livello di attenzione, la modalità di effettuazione della ricognizione e riconciliazione terapeutica. Da migliorare l'adesione alla procedura interna sul corretto utilizzo degli acronimi e corretta prescrizione dei farmaci (grafia e prescrizioni Al bisogno)
Compilazioni di schede Incident reporting per eventuali errori/quasi errori.
Aggiornato il Protocollo interno ed effettuata la formazione d'aula recependo le Raccomandazioni Ministeriali n.18 e n. 19
Percorso inserimento neoassunti per formazione specifica in merito alla modalità di somministrazione farmaci
Identificazione indicatore specifico

Obiettivo 4:

Garantire l'intervento chirurgico nel paziente corretto, con la procedura corretta, nella parte del corpo corretta

(Proceduta IO-DS-52 Identificazione del giusto paziente: paragrafo specifico)

Giri per la sicurezza per la verifica periodica corretta compilazione check list sicurezza in sala operatoria e completezza cartella con rintracciabilità durante il percorso perioperatorio.
Percorso neoassunti per
Compilazioni di schede Incident reporting per eventuali errori/quasi errori.
Percorso inserimento neoassunti per formazione specifica in merito alla modalità di identificazione del giusto arto da operare
Identificazione indicatore specifico

Obiettivo 5:

Ridurre il rischio di infezioni correlate alla pratica assistenziale

Realizzazione eventi formativi per il personale sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare da MDRO, antibioticoterapia e profilassi
Verifiche periodiche presso i reparti/servizi per la valutazione dell'applicazione protocolli.
Indagine di incidenza infezioni ferita chirurgica in chirurgia ortopedica protesica.



Audit su problemi specifici, per esempio gestione degli isolamenti in reparto. Effettuata indagine di sanificazione ambientale.

Incrementate le postazioni con soluzione alcolica per il lavaggio delle mani e valutazione consumo soluzione

Utilizzo DPI di I[^] e II[^] livello anche in ottemperanza a quanto previsto per il contenimento della diffusione COVID19

Adozione misure generali di contenimento diffusione COVID 19 (percorsi, flusso di utenti...)

Obiettivo 6:

Ridurre il rischio di danni ai pazienti in seguito a caduta

Percorso neoassunti per verifica applicazione protocollo prevenzione cadute e rilevazione rischio.

Verifiche periodiche (giri sicurezza) presso i reparti per la corretta documentazione del rischio, azioni preventive e ricorso solo se necessario alla contenzione con tracciabilità in diario clinico integrato e grafica.

Adozione letti ad altezza regolabile.

Audit specifico sulle cadute. Compilazione Schede specifiche di segnalazione per ogni evento caduta.

Aggiornamento e diffusione Protocollo Prevenzione Cadute, Scala Conley e strumenti informativi per gli utenti

Formazione d'aula i tema di valutazione del rischio e misure di prevenzione cadute

- E' stato effettuato l'audit di parte terza a cura dell'ente certificatore per la qualità UNI EN ISO 9001 che ha confermato anche per il 2021 il Certificato di Qualità della struttura.



Azioni migliorative realizzate nel 2021 su indicazione del Comitato Risk Management

Tali azioni sono state suddivise per gruppi omogenei di appartenenza

A) Gruppo competenze/formazione del personale

1. Attivato incontro formativo su 1) esame obiettivo del paziente come attività infermieristica fondamentale
2) in modalità e-learning: ematuria cause e gestione infermieristica
2. Eseguito rinforzo formativo sul fatto che, a fronte di una condizione di rischio caduta rilevata dal personale relativamente a un paziente, segua sempre una rivalutazione della Scala di Conley
3. Formazione su nuovo modulo informativo della Scala di Conley con l'inserimento di 5 colonne per rivalutazione pazinte

B) Comunicazione interprofessionale-interaziendale

1. *Informato il medico otorinolaringoiatra come di seguito:*
 - sull'opportunità di comunicazione alla Direzione Sanitaria in caso di eventuale scostamento dalle linee guida aziendali con motivazione sostenuta dalla produzione di linee guida di letteratura scientifica;
 - le visite eseguite successivamente all'intervento devono essere documentate, anche quelle eseguite in altre sedi. Verificato che le visite post ricovero (entro i 30 gg. dalla dimissione) siano inserite nella cartella clinica
 - Revisionata IO-CHI-16 Rev.5 farmaci da sospendere nel preoperatorio;
 - Eseguito verifiche sulla refertazione delle visite di controllo post-operatorio con particolare riguardo alla annotazione della corretta assunzione della terapia prescritta (dose/timing);
 - Eseguita verifica su informazione al paziente, all'atto della visita, in merito alle complicanze dell'intervento
 - Valutazione in corso sulla opportunità di far controfirmare al paziente l'anamnesi raccolta dal medico;
 - Informati il medico legale e il consulente assicurativo
 - Il PM-DS-10 Rev. 6 Profilassi antibiotica nei reparti chirurgici è in revisione
2. Modificato il modulo informativo della Scala di Conley con l'inserimento di 5 colonne di rivalutazione del paziente

C) Comunicazione verso l'utenza-associazioni esterne

1. Affrontata discussione con i medici circa la tempestività interventi dei medici di guardia nel momento in cui vengono allertati dal personale infermieristico.
2. Divulgate le relazioni relative al progetto prevenzione cadute e al Comitato Risk Management sull'attività del 2021 al personale della struttura, utilizzando la mail intraaziendale, il bollettino informativo, il sito internet della struttura per la relazione sull'attività del Comitato. Divulgate altresì ai referenti della ULSS, alle associazioni rappresentative dei consumatori/utenti (Codacons e Centro Diritti del Malato e altre eventuali), agli ordini professionali degli infermieri e dei medici, ai rappresentanti sindacali aziendali. Valutati incontri formativi sul fenomeno cadute nel 2021, mantenere in buono stato la componente strutturale dell'edificio (es. pavimenti, corrimano, strisce antisdrucciolo).

D) sicurezza delle apparecchiature/procedure

1. *Il Risk Manager* ha revisionato la scheda infermieristica modificando il titolo al fine di separare la registrazione della condizione di rischio dalla condizione di complicanza (M-FOR-17 Rev. 1)
2. *Revisionati criteri/indicazioni* nel PDTA aziendale relativo all'intervento di impianto di protesi totale di ginocchio