CASA DI CURA
ERETENIA

Prot.05-2024-DS

Vicenza, 20 gennaio 2025

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
ANNO 2024

In ossequio alla Legge 8 marzo 2017 n. 24 la Casa di Cura Eretenia Spa ha tra gli adempimenti operativi anche la predisposizione annuale di una relazione sugli eventi avversi verificatisi nella Struttura sanitaria, sulle cause che hanno prodotto tali eventi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.
La gestione del Rischio Clinico e del contenzioso derivato da medical malpractice, viene affrontata nell'ambito della gestione del rischio clinico con la collaborazione di diversi settori della Struttura Sanitaria quali:
Il Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente o Risk Manager, funzione svolta dal Direttore Sanitario Dott. Edoardo Vanzetto.
Il Responsabile dell'Ufficio Legale Avv. Francesco Pasquino.
L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Responsabile Dott.sa Paola Galvan
Il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza.
Il Comitato Valutazione Sinistri
Gli incidenti rilevati e le eventuali richieste di risarcimento conseguenti vanno discussi

Compito della Direzione Sanitaria, di concerto con gli uffici suddetti, è quello di dare attuazione al processo di miglioramento continuo della qualità mediante:

1. Valutazione Eventi Avversi attraverso lo strumento dell'Incident Reporting atto a segnalare gli eventi avversi propriamente detti nei quali si verifica un danno e i near Miss o eventi evitati nei quali la situazione non è seguita da danno al paziente e/o alla Struttura.
   La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss va ricompresa nella cultura della sicurezza e non nella colpevolizzazione dell'operatore sanitario coinvolto. Tale processo è quindi punto importante nella prevenzione dell'errore.
2. Definizione di una mappa dei rischi sia attraverso la rilevazione statistica nelle varie aree della Struttura Sanitaria sia anche mediante incontri di audit.
3. Controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza mediante un processo di formazione continua del personale e di sensibilizzazione alle più comuni metodiche di prevenzione anche nei confronti dell'utenza esterna afferente alla struttura.
4. Attento monitoraggio del trattamento e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prodotti all'interno della Struttura Sanitaria.
5. Adozione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza del paziente e monitoraggio della loro effettiva applicazione in tutti i Servizi e le Unità Operative.
6. Raccolta ed analisi delle segnalazioni e reclami degli utenti da parte dell'URP quale strumento di miglioramento continuo mediante una interazione tra operatori, utenza interna ed esterna.

MODALITA' APPLICATIVE:

1. Disamina della documentazione sanitaria con attività istruttoria delle pratiche di concerto con gli altri uffici facente parte dei Comitati;
2. Assistenza ai Sanitari per l'eventuale stesura di relazioni su casi clinici oggetto di contestazione;

3. Espressione di parere in merito alla valutazione del percorso assistenziale e all'applicazione di protocolli in essere presso la struttura;
4. Inserimento dei dati degli eventi avversi e nears miss nel portale Regionale GRSC;
5. Programmazione di audit;

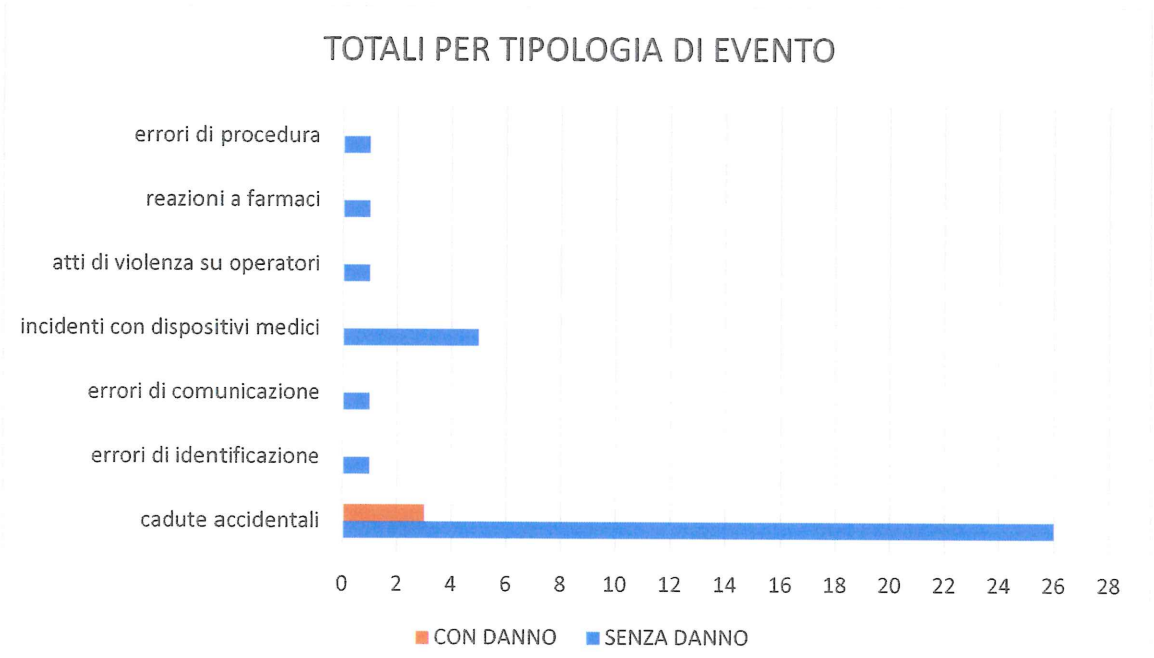
SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E QUASI EVENTI REPORT 2024:

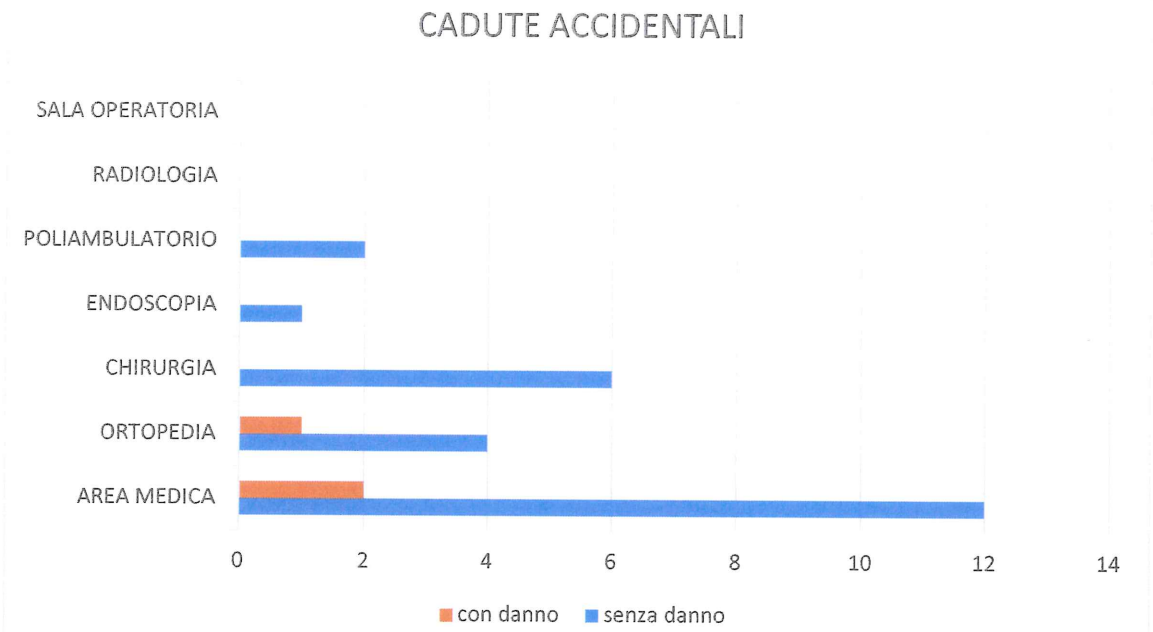
La segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata alla Direzione Sanitaria da parte di tutto il personale della Casa di Cura Eretenia, Medici, Infermieri, Operatori Sanitari ed Amministrativi tramite lo strumento dell'Incident Reporting.
La Direzione Sanitaria a sua volta alimenta un sistema di segnalazione regionale GRSC (Gestione Rischio Clinico) ed interna mediante comunicazione ai Comitati.
La gestione delle segnalazioni da modo al Risk Manager di identificare i pericoli ed i rischi potenziali identificando anche le aree che possono presentare punti deboli.

Le segnalazioni pervenute tramite l'Incident Reporting nell'anno **2024** sono state le seguenti:

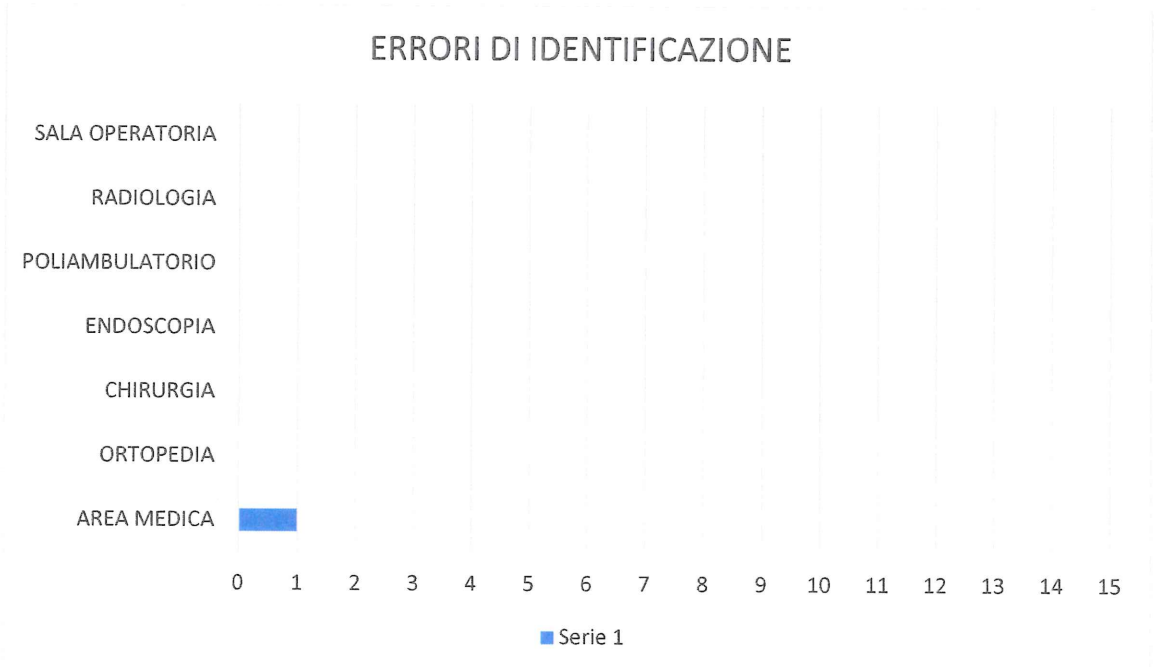
TOTALI SEGNALAZIONI N. 39
Eventi sentinella:0
Eventi con danno: 3 (cadute accidentali di cui una in Ortopedia e due in Area Medica)
Eventi senza danno:36
Delle 36 segnalazioni senza danno, la tipologia permette la seguente distinzione:

- 26 cadute
- 1 errore di identificazione
- 1 errore di comunicazione
- 5 incidenti con dispositivi medici
- 1 atto di violenza su operatore
- 1 reazione a farmaci
- 1 errato di trattamento/procedura





La quasi totalità delle cadute sono pertinenti a pazienti nel tentativo di alzarsi dal letto o dalla poltrona ancorchè invitati a chiamare il personale sanitario per ogni possibile movimentazione.
Non sono rilevabili cadute secondarie ad ostacoli o a calzature inadeguate, così come emerso dagli audit effettuati.
Gli eventi con danno sono consistiti in ferite lacero contuse con necessità di sutura.
La maggior parte delle cadute si è verificata in Area Medica data l'età avanzata e le co-morbilità che hanno interessato prevalentemente la componente cerebrale.
Rispetto all'anno 2023 le cadute sono aumentate del 7,69% (3 casi).

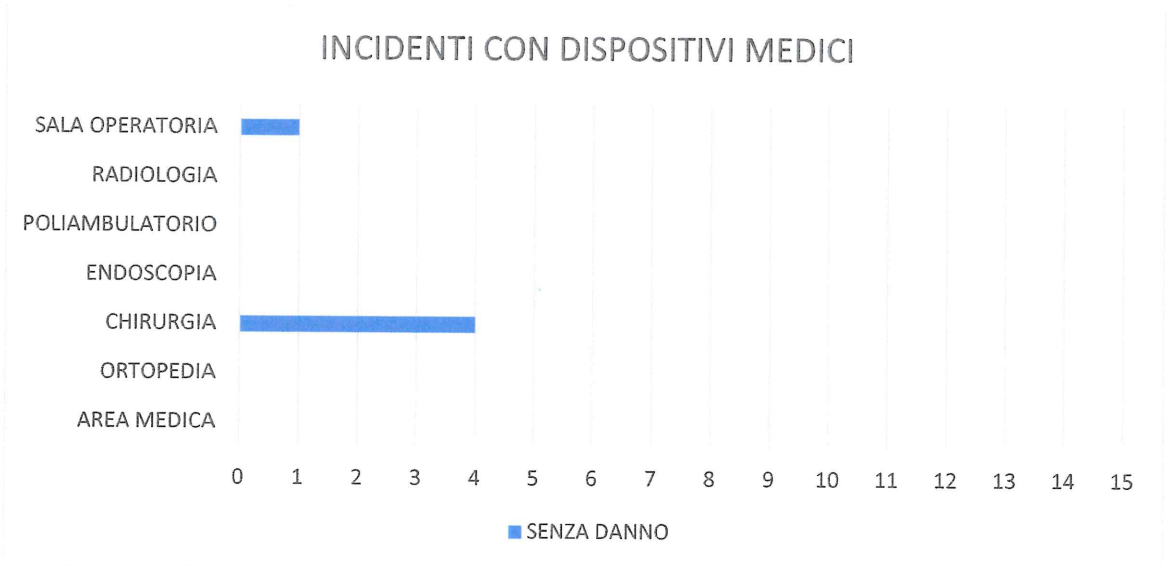


Prelievo ematico su paziente errato, ma attribuzione dei risultati a paziente corretto.

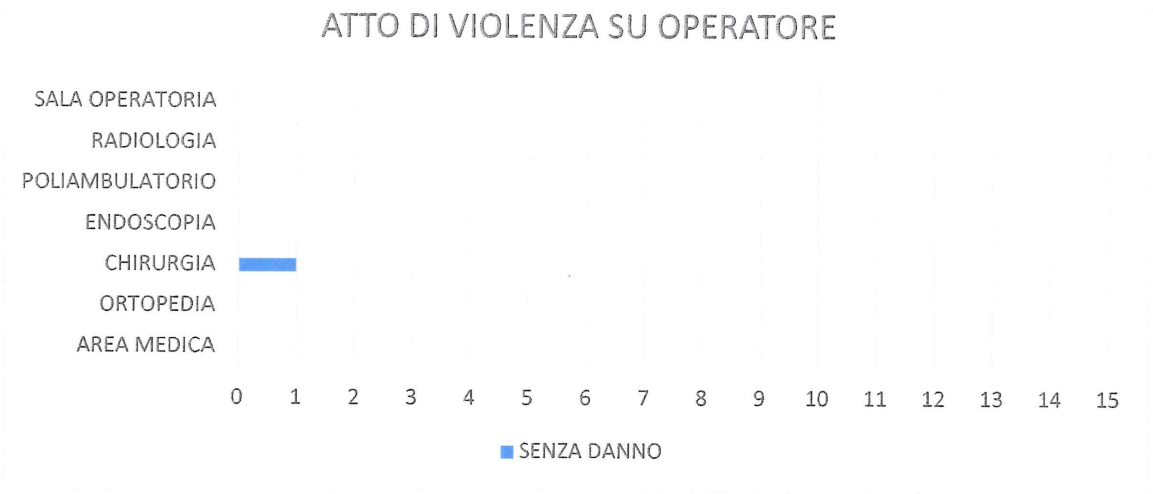
Una segnalazione di errore di identificazione si era verificata anche nell'anno 2023 in area diversa consistente nell'accompagnare un paziente operando in sala operatoria con cartella anestesiologica attribuibile ad altro pz. Chirurgico.



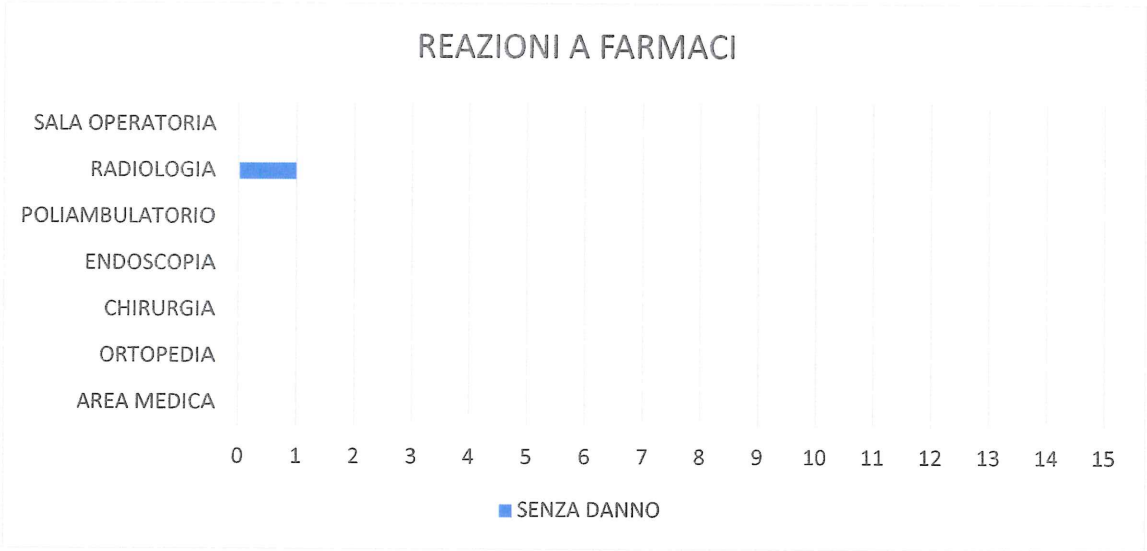
Errore di chiamata in sala operatoria. Un pz. Della chirurgia candidato all'intervento arriva con la cartella di una pz. Della ginecologia sempre candidata ad intervento chirurgico. L'errore è stato corretto con l'applicazione della check-list intra operatoria.
Nell'anno 2023 non si era verificato nessun caso.



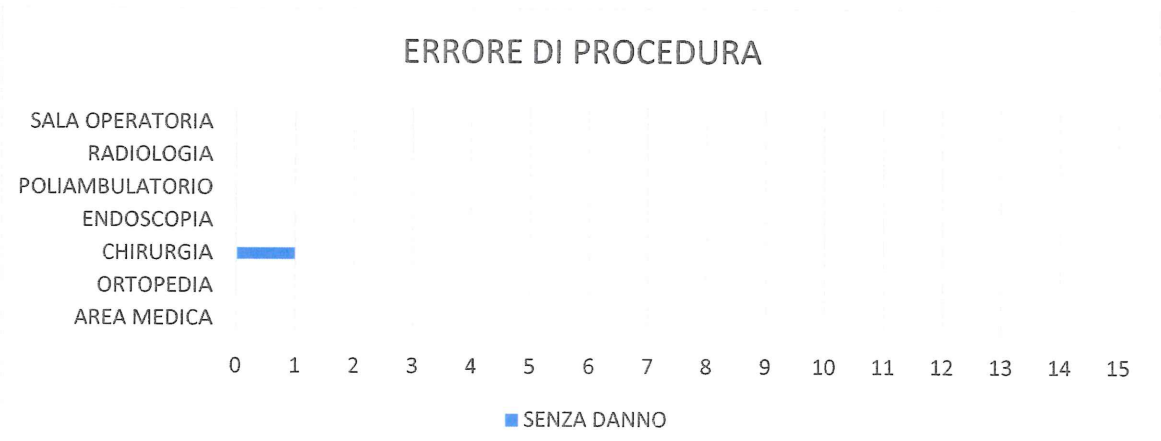
L'evento accaduto in Sala Operatoria ed attribuibile a rottura di punta di trocar è stato segnalato anche al Ministero della Salute come da Delibera.
Nell'anno 2023 non si era verificato nessun caso.



Evento accaduto con pz. di urologia in condizioni di fragilità. Le violenze sono state verbali e dirette contro il paziente che condivideva la camera di degenza ed il personale di assistenza.
Nell'anno 2023 non si era verificato nessun caso.

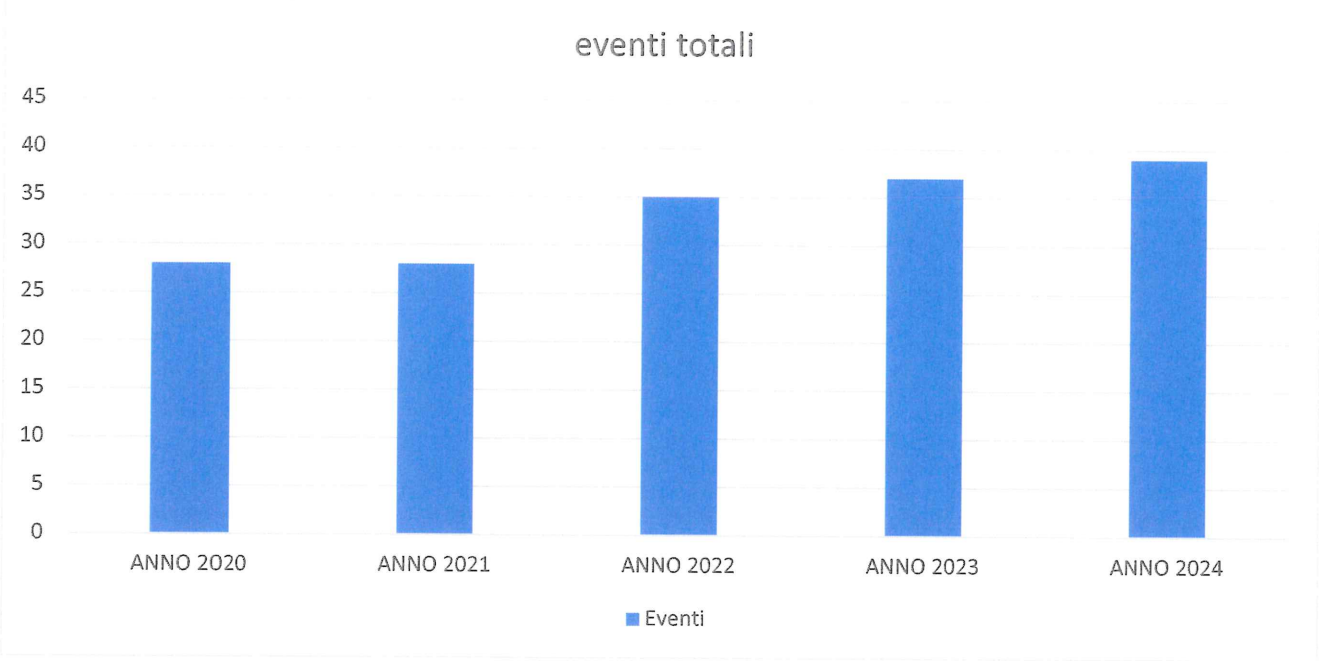


Reazione a Mezzo di Contrasto in radiologia. La sintomatologia è consistita in una transitoria situazione di prurito tale da necessitare l'impiego di un antistaminico.
Nell'anno 2023 si erano verificati n. 04 casi, nel 2024 quindi sono diminuiti del 75%.



Errore dovuto all'applicazione di un protocollo di gestione del post-operatorio.
Un solo caso si era verificato anche nell'anno 2023 peraltro attribuibile a protocolli amministrativi.

ANDAMENTO INCIDENT REPORTING DALL'ANNO 2020 AL 2024



L'aumento delle segnalazioni evidenziate negli anni 2023 e 2024 è secondario ad aumento dell'attività svolta all'interno della Casa di Cura dopo il periodo di riduzione della stessa conseguente a pandemia Covid (anno 2020-2022)

L'analisi complessiva delle segnalazioni dimostra la sensibilità di tutto il personale ad evidenziare comportamenti ed azioni che possono avere conseguenze negative sia cliniche che di immagine.
Tale fatto dimostra l'applicazione di una politica partecipativa ed uno spirito pro-attivo diffuso tra il personale dipendente e libero professionista.

VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA:
Nell'anno 2024 si è proceduto all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio Legionella nei vari punti di approvvigionamento idrico.
Tale valutazione ha evidenziato alcune criticità con cariche batteriche elevate in alcune fonti ove l'utilizzo risulta minore o assente (bagni di stanze non utilizzate frequentemente).
La carica microbica è stata ricondotta anche in tali sedi nella norma a seguito di applicazione di procedure igienico sanitarie.
Il monitoraggio è in costante applicazione

ATTIVITA' DEI COMITATI:
Risultano operativi i seguenti Comitati:

Comitato Prevenzione Infezioni Ospedaliere;
Comitato Risk Management;
Comitato Buon Uso del Sangue COBUS.

Durante l'anno 2024 sono stati convocati due volte i Comitati con la presenza di tutti i componenti trattando nelle singole riunioni le seguenti tematiche:

Comitato Prevenzione Ospedaliere:
- Protocollo Legionella
- Sorveglianza di Laboratorio sui Germi Sentinella e monitoraggio resistenze batteriche
- Monitoraggio consumo antibiotici
- Denuncia Aulss per caso Salmonella e trattamento sanificazione ambientale
- Valutazione incidenza infezione sito chirurgico
- Valutazione controlli processo di sterilizzazione
- Determinazione tematiche corsi di aggiornamento
-

Comitato Risk Management:
- Valutazione eventi avversi ed individuazione della necessità di eventuali nuovi protocolli
- Aggiornamento Protocollo dimissione protetta
- Aggiornamento Protocolli relativi alle Raccomandazioni Ministeriali
- Determinazioni tematiche corsi di aggiornamento

COBUS:
- Monitoraggio consumo sacche componenti ematiche
- Aggiornamento Protocollo Albumina
- Modifica esami del sangue pre-operatori

RILEVAZIONE QUALITA'PERCEPITA:

La Direzione Sanitaria in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico al fine di valutare la qualità percepita dall'utenza, elabora, a seguito della somministrazione di questionari, un report sulla base del quale propone e condivide nuove modalità operative e comportamentali.
Dati 2024:
Nel corso dell'anno 2024 sono stati somministrati dei questionari nelle Unità Operative con i seguenti Items:

1. tempo di attesa agli sportelli per la prenotazione e l'accettazione;

2. orari di apertura degli sportelli al pubblico;
3. comportamento degli operatori agli sportelli
4. comportamento degli operatori nei reparti
5. modalità di informazione fornite agli sportelli e dal personale di reparto;
6. valutazione delle zone di attesa;
7. valutazione della pulizia dei servizi igienici;
8. valutazione della pulizia delle camere;
9. valutazione dell'assistenza medica ricevuta;
10. valutazione dell'assistenza infermieristica ricevuta;
11. valutazione del servizio di ristorazione;
12. valutazione del tempo trascorso dalla prestazione alla consegna della risposta;

Sono stati restituiti n. **393** questionari debitamente compilati sui quali è stata eseguita analisi statistica.

RISULTATI:
Complessivamente le valutazioni degli utenti per i vari Items sono risultati molto soddisfacenti con aree di miglioramento del tempo di attesa agli sportelli e della valutazione delle zone di attesa laddove vi è un elevato turn-over pazienti.

Modello M-19-56:LA TUA VOCE PER UNA SANITA' MIGLIORE
Consegnato ai pazienti degenti in Medicina/Cardiologia/FKT, Ortopedia e Chirurgia Generale e Specialistica.

Sono stati restituiti 560 questionari:
130 medicina/FKT
250 chirurgia generale
180 ortopedia
RISULTATI:

- Coinvolgimento del paziente da parte dei Professionisti nelle scelte relative al percorso di cura: 89,46% spesso, 8,75% sempre 1,79 mai: risultato considerato POSITIVO
- Informazioni ricevute da parte dei Medici-Infermieri-Oss durante il ricovero ed al momento della dimissione: 64% abbastanza chiare, 36% completamente chiare. Tutti comunque dichiarano di aver ricevuto informazioni.
- Accoglienza in reparto: ricevuta al 98% con gentilezza, il 2 % con poca gentilezza.
- Valutazione complessiva della struttura:
  62,50 % OTTIMA
  35,72 % Buona
  1,78% Sufficiente

Obiettivi di miglioramento 2025:
Proseguimento monitoraggio della qualità percepita.
L'anno 2024 ha visto la realizzazione di corsi legati alle modalità di comunicazione rivolte sia agli addetti in front office che alle Capo Sala.
Per l'anno 2025 si ritiene opportuno ripetere la formazione sulla comunicazione coinvolgendo il maggior numero possibile di operatori.

URP:
SEGNALAZIONI URP 2024:

l'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP ha la funzione di:

1. Raccogliere osservazioni, suggerimenti, elogi e lamentele per disservizi e per comportamenti giudicati scorretti da parte del personale;
2. Fornire informazioni e orientare l'utenza sul corretto utilizzo dei servizi offerti dalla Casa di Cura e sull'applicazione delle procedure coinvolgenti l'Utenza esterna.

Le segnalazioni all'URP possono venire presentate mediante:

- comunicazione scritta e firmata su carta libera ovvero su format presente nel portale della Casa di Cura.;
- segnalazione telefonica ad apposito numero con personale dedicato;
- esposizione verbale diretta agli operatori dell'accoglimento.

Le segnalazioni sono trasmesse per conoscenza alla Direzione Sanitaria la quale richiede una relazione scritta ai diretti interessati sulla base della quale la stessa Direzione Sanitaria predispone di concerto con la Responsabile dell' URP risposta scritta al segnalante.
Tale relazione viene completata non oltre i 30 giorni dall'inoltro della segnalazione all' URP.

La presentazione delle segnalazioni può avvenire da parte di:

1. diretto interessato;
2. congiunti o affini al diretto interessato;
3. associazioni ed organismi di volontariato purchè accreditati presso la Regione Veneto.

SEGNALAZIONE URP ANNO 2024:
Sono pervenute nel 2024 n. 15 segnalazioni così distribuite:
n. 6 di radiologia
n. 1 di ortopedia
n. 1 di urologia
n. 3 di chirurgia
n. 1 di oculistica
n. 1 ginecologia
n.1 Orl
n. 1 centralino

Sostanzialmente le segnalazioni possono essere raggruppate pur con lievi variazioni nelle seguenti categorie:

- n. 6 : percezione da parte dell'utente di scortesia dei sanitari
- n. 6 : tempi di attesa lunghi per prolungamento dell'esame precedente
- n. 1 : informazione errata
- n. 2 : mancata prestazione per contingenti problematiche tecniche

Si sottolinea che la qualità percepita è spesso determinata da una non adeguata spiegazione da parte del Sanitario delle modalità di erogazione della prestazione.
In alcuni casi tale non adeguatezza deriva dall'impiego da parte del Sanitario di termini tecnici.

OBIETTIVI 2024:

- Implementazione incontri con Comitati Ospedalieri al fine di migliorare costantemente la pratica sanitaria per ridurre il rischio delle infezioni legate all'assistenza;
- Raccomandazione ai Clinici sull' applicazioni delle buone pratiche cliniche e delle linee guida con particolare riguardo ai casi oncologici ricoverati nella Casa di Cura il cui trattamento non può prescindere da una valutazione multidisciplinare. A tal fine la Direzione Sanitaria in collaborazione con la Specialista in oncologia continuerà la valutazione random di alcune cartelle cliniche di pazienti oncologici onde evidenziare tale aspetto.
- Valutazione dell'utilizzo della strumentazione in relazione all'attività sanitaria al fine di definire un miglioramento del rapporto costo-utilizzo e costo-beneficio, con applicazione delle metodiche di HTA.
- Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in termini di setting e codifica, con valutazione del NAC interno e costante rapporto con il NAC Aulss 8 Berica.

CASA DI CURA ERETENIA SPA
Il Direttore Sanitario -Risk Manager
Dott. Edoardo Vanzetto