

**CASA DI CURA MEDICO RIABILITATIVA
VILLA BIANCA**

Accreditata S.S.N.

**C.da Tagliente – Villaggio S. Paolo – Martina Franca (TA)
Tel. 080.4490234 – Fax 080.4490312**

**RISK MANAGEMENT
UFFICIO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**RELAZIONE ANNUALE
EVENTI AVVERSI
ANNO 2022**

Marzo 2023

RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2022

*Documento redatto a cura dall'Ufficio Gestione del Rischio Clinico
Marzo 2023*

INDICE

Premessa, riferimenti normativi e organizzazione dell'Ufficio del Rischio clinico	4
Analisi e gestione delle segnalazioni di eventi avversi	4
Attività di formazione del personale	5
Misure generali e specifiche sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura e sulla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19	5
Definizioni - Classificazione degli eventi sentinella.....	6-7
Gestione del rischio clinico in Casa di Cura.....	8
Risultati.....	9
Vigilanza sui dispositivi medici.....	13
Emovigilanza.....	13
Reclami/suggerimenti.....	14
Importo risarcimenti erogati.....	14
Attività messe in atto dall'Ufficio.....	15
<i>Bibliografia</i>	16

ALLEGATI

1. Prospetto consuntivo eventi avversi anno 2022

Casa di Cura Villa Bianca – Martina Franca (TA)
RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI
- ANNO 2022 -

1. Premessa, riferimenti normativi e organizzazione dell'Ufficio del Rischio clinico della CdC Villa Bianca di Martina Franca

La presente relazione viene redatta in osservanza a quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24¹ che ha modificato quanto già previsto nella legge di stabilità 2016², che prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie rendano disponibili nel sito internet i dati relativi alla prevenzione e gestione del rischio sanitario, predisponendo una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura e le iniziative messe in atto. Per la gestione del rischio è stato istituito un modello in linea con le indicazioni normative nazionali³ che prevedono l'identificazione in ciascuna organizzazione sanitaria di un Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente con il compito di elaborare delle strategie per la prevenzione del rischio clinico e del contenzioso, oltre ad attendere all'analisi e al monitoraggio della sinistrosità aziendale, a supporto delle politiche di *clinical governance* elaborate dalla Direzione Sanitaria in materia di rischio clinico e sicurezza del paziente. Di seguito si riportano i dati relativi alle diverse attività messe in atto conseguite all'analisi degli eventi avversi e del contenzioso esaminati e si propongono dei focus specifici relativi alle:

- attività di formazione del personale;
- azioni di prevenzione delle cadute;
- azioni di prevenzione
- attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- attività di implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali;
- attività di gestione della pandemia COVID-19 - sviluppo di documenti aziendali per processi non correlati alla pandemia.

2. Analisi e gestione delle segnalazioni di eventi avversi

Nello svolgimento delle attività aziendali di gestione del rischio sanitario l'Ufficio del Rischio Clinico si avvale dell'uso di diversi strumenti di segnalazione e di analisi e della collaborazione del personale della Casa di Cura, con il quale crea un dialogo aperto, volto all'analisi clinico-assistenziale, tecnologica, ambientale, organizzativa, per la ricerca delle cause che soggiacciono agli eventi avversi o "quasi eventi" segnalati e alla identificazione delle azioni di miglioramento. Gli operatori sanitari, il paziente o il cittadino sono chiamati a segnalare, mediante procedura di *Incident Reporting* (IR), ogni evento avverso verificatosi e qualsiasi situazione di rischio che avrebbe potuto sfociare in un evento avverso (quasi evento - evento evitato).

Pur non avendo l'IR alcuna finalità epidemiologica, tutta la letteratura è concorde nel ritenere utile tale strumento in associazione e complementarietà con altri strumenti di rilevazione del rischio. Al

¹ Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

² Legge 208 del 28 dicembre 2015, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)".

³ Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

contempo un incremento del numero IR è indice di aumento della cultura della sicurezza aziendale e il risultato delle attività di formazione/addestramento proposte negli anni precedenti.

3. Attività di formazione del personale

La formazione del personale è uno strumento chiave per il perseguimento degli obiettivi di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Nell'anno 2022 la persistente diffusione delle infezioni da Covid-19 ha richiesto agli operatori sanitari di mantenere quegli aspetti organizzativi, relazionali e relativi alla sicurezza, già messi in atto dall'inizio della pandemia. Tuttavia, il prolungamento dell'orario di lavoro si è reso necessario solo in poche occasioni, anche per l'ormai collaudata esperienza nel mettere in atto le procedure straordinarie necessarie; inoltre è stato superato il problema della carenza di sufficienti ed adeguati dispositivi di protezione individuale, molto grave soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia. In ogni caso, la formazione del personale è rimasta per lo più incentrata sulla gestione dell'emergenza sanitaria in atto, con i dovuti adeguamenti legati alle continue direttive emanate dagli organi sanitari locali, regionali e nazionali.

4. Misure generali e specifiche sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura e sulla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19

Sono rimaste invariate e, per quanto possibile anche rafforzate, le misure di controllo/contenimento già adottate lo scorso anno, in particolare:

- Le misure generali hanno previsto il mantenimento e rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).
- Le misure specifiche da mettere in atto nel contesto dell'epidemia di COVID-19 sono state:
 - predisposizione di misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi di COVID-19 in struttura (TRIAGE);
 - in caso di necessità, creazione di percorsi (se possibile, a senso unico) con aree "pulito" e "sporco" separate;
 - organizzazione degli accessi dei fornitori;
 - gestione in sicurezza della ripresa delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni, comprendente il mantenimento della distanza di sicurezza e delle altre misure precauzionali;
 - raccomandazioni al personale di assistenza per la corretta adozione delle precauzioni specifiche e delle procedure d'isolamento e quarantena;
 - raccomandazioni al personale addetto alla ristorazione, alla pulizia della struttura, allo smaltimento dei rifiuti;
 - blocco e, solo successivamente, accesso contingentato e regolamentato alla struttura ai soli visitatori dei ricoverati per tutta la durata dell'emergenza epidemica, secondo valutazione del Direttore della Casa di Cura e della situazione epidemiologica; l'accesso contingentato alla struttura – per motivi precauzionali - è tutt'ora in vigore nella Casa di Cura, per decisione discrezionale della Direzione Sanitaria e di codesto Ufficio, nonostante l'annunciata ed ormai prossima dichiarazione di "fine dell'emergenza sanitaria" da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
 - sensibilizzazione e formazione dei residenti e dei visitatori;
 - adeguato ricambio di aria nelle stanze di degenza, pulizia e disinfezione, come anche nelle aree di passaggio/comuni;

- screening degli operatori sanitari e sociosanitari per mezzo di tamponi nasali e orofaringei (antigenici e molecolari) e loro responsabilizzazione al rispetto del distanziamento fisico, dell'appropriato uso della mascherina e degli altri provvedimenti in vigore, anche al di fuori dei turni di lavoro; in tale ottica la Casa di Cura si è dotata di idonea strumentazione, in grado di eseguire **tamponi antigenici rapidi di 3^a generazione** (ad immunofluorescenza), test innovativi basati sulla tecnologia della microfluidica e processati tramite l'uso di un lettore a fluorescenza, la cui affidabilità è da paragonarsi ai test molecolari. Ciò ha consentito non solo di snellire notevolmente i tempi (con risultati ottenibili in 15 minuti), ma di eseguire tamponi ai pazienti sia all'ingresso in struttura che all'atto della dimissione, riducendo in modo sostanziale il rischio legato alla mancata identificazione di casi di infezione da SARS COVID 19. Tale importantissima innovazione tecnologica, unitamente all'impegno e zelo posti in essere da tutto il personale sanitario nell'attenzione ai sintomi e segni clinici potenzialmente riconducibili ad infezioni da SARS COVID 19, hanno consentito inoltre di identificare immediatamente e – di conseguenza - isolare nuovi casi, impedendo così certa diffusione.
- elaborazione e affissione di promemoria e poster all'interno della struttura per promuovere i comportamenti corretti;
- offerta delle vaccinazioni antiinfluenzali e antipneumococco, agli operatori sanitari e sociosanitari e ai pazienti ricoverati, in conformità con le raccomandazioni nazionali e regionali;
- attuazione di una sorveglianza attiva di quadri clinici di infezione respiratoria acuta e altri quadri clinici compatibili con COVID-19 tra i ricoverati e tra gli operatori, insieme al mantenimento e al monitoraggio delle altre misure di prevenzione e precauzione;
- monitoraggio degli operatori a rischio per contatto stretto o sospetti/probabili o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 in base alle disposizioni vigenti (tamponi rapidi antigenici ad IF);
- monitoraggio e documentazione dell'implementazione delle misure adottate.

* * * * *

5. DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento, si utilizzano le seguenti definizioni:

- **Audit clinico:** metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte.
- **Evento Avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
- **Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. È sufficiente che l'evento si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a)

un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

- **Near miss (o quasi evento):** errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, di conseguenza, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.

6. CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Gli eventi sentinella definiti dal Ministero della Salute sono:

- 1. Procedura in paziente sbagliato**
- 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)**
- 3. Errata procedura su paziente corretto**
- 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure**
- 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO**
- 6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica**
- 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto**
- 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita**
- 9. Morte o grave danno per caduta di paziente**
- 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale**
- 11. Violenza su paziente**
- 12. Atti di violenza a danno di operatore**
- 13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)**
- 14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso**
- 15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico**
- 16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente**

Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino i seguenti cambiamenti nel processo assistenziale:

A) Morte

B) Disabilità permanente

- C) Coma
- D) Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- E) Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- F) Trasferimento ad una unità semi-intensiva o di terapia intensiva
- G) Reintervento chirurgico
- H) Rianimazione cardio-respiratoria
- I) Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio violenza subita nell'ambito della struttura
- J) Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- K) Altro (ad esempio, trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, traumi e fratture)

❖ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN CASA DI CURA

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la massima sicurezza del Paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili. Altra attività è quella relativa alla gestione dei sinistri da ipotesi di *malpractice*, che consente anche l'individuazione di elementi in grado di fornire indicazioni per il miglioramento del sistema.

L'approccio al rischio è di tipo globale e si basa su diverse componenti:

- formazione degli operatori
- comunicazione dell'analisi delle criticità organizzative che hanno reso possibile l'errore alla Direzione Aziendale
- proposta di iniziative che possano ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

Tutto ciò presuppone l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, il loro trattamento, il monitoraggio nel tempo e la creazione di soluzioni organizzative ad essi orientate.

Nell'ambito della funzione di gestione del rischio clinico due sono gli ambiti d'intervento: proattivo e reattivo. L'ambito **proattivo** ha lo scopo di prevenire gli eventi avversi e comprende le seguenti azioni:

- diffusione delle raccomandazioni ministeriali relative alla sicurezza delle cure e monitoraggio del loro livello di applicazione;
- sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali riguardanti la sicurezza del paziente;
- attuazione di programmi di qualità applicata alla sicurezza clinica (qualità della documentazione sanitaria, tracciatura dei processi);
- analisi dei reclami e dei contenziosi per l'individuazione delle aree a maggior rischio;
- analisi degli eventi avversi, finalizzata al miglioramento continuo secondo la logica dell'imparare dall'errore;
- collaborazione con altre strutture aziendali coinvolte nella sicurezza del paziente (Direzione Sanitaria, Ingegneria clinica, Servizio di prevenzione e protezione aziendale);
- promozione della cultura della sicurezza delle cure, attività di formazione e di consulenza per tutte le articolazioni aziendali;

L'ambito **reattivo** si occupa degli aspetti relativi al contenzioso medico-legale e comprende le seguenti attività:

- istruttoria sanitaria a seguito di richieste di risarcimento, contenzioso;
- collaborazione con la Struttura Legale dell'Azienda;
- collaborazione con il broker aziendale e con l'assicuratore (nei casi di copertura assicurativa);
- nei casi di assenza di copertura assicurativa, gestione medico-legale diretta del contenzioso;
- attività formativa sugli aspetti medico-legali del contenzioso.

RISULTATI

❖ CADUTE ACCIDENTALI

Nell'anno 2022 si sono verificati presso la CdC Villa Bianca di Martina Franca (monospecialistica) n. **26 eventi avversi**, rappresentati esclusivamente da **cadute accidentali**, alcune delle quali hanno avuto conseguenze di lieve-moderata entità. La maggior parte degli eventi si è verificata per imprudenza, instabilità posturale dei pazienti, stati di agitazione psico-motoria in pazienti molto anziani e con patologie degenerative neurologiche in stadio avanzato.

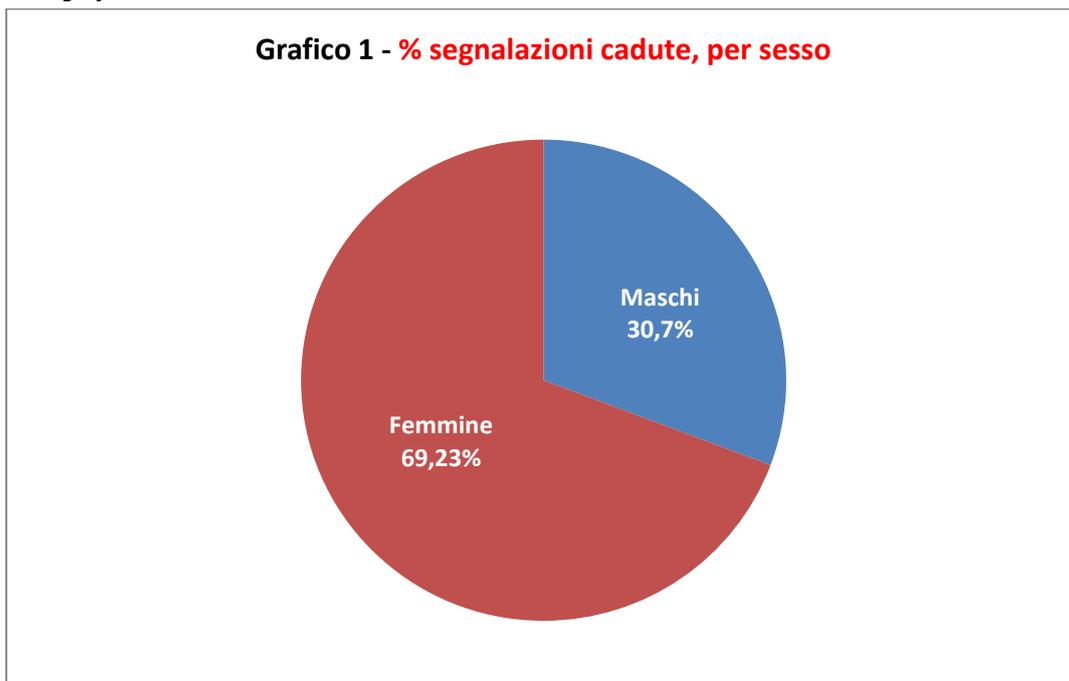
E' da considerare che l'**età media** dei pazienti coinvolti, considerando la tipologia dell'attività clinica che caratterizza la Casa di Cura (Riabilitazione Funzionale e Motoria), è stata di 81 anni (*range*: 60-93) - (**82,3** anni nel 2021) - *allegato 1* - .

Le segnalazioni (26) hanno riguardato:

- n. **8** individui di sesso **maschile** (30,77 %), in **diminuzione** rispetto al 2021
- n. **18** individui di sesso **femminile** (69,23 %), in **aumento** rispetto al 2021

Rispetto all'anno precedente (2021) il numero di eventi avversi è rimasto uguale (+0), con un numero totale di ricoveri lievemente maggiore (+ 32), nonostante la pandemia legata al COVID 19 che ha visto molti Reparti ospedalieri convertiti in Reparti per pazienti COVID.

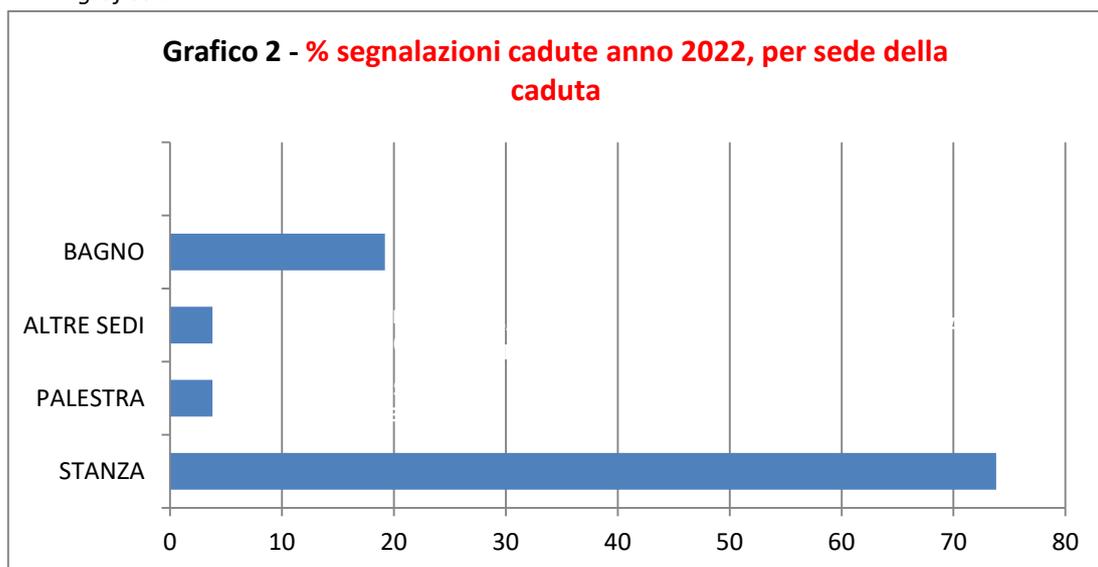
grafico 1



L'analisi delle segnalazioni ha permesso inoltre di individuare come le sedi più frequenti delle cadute siano state:

- stanza di degenza..... (n. 19; **73,8 %**)
- palestra..... (n. 1; **3,8 %**)
- bagno..... (n. 5; **19,2 %**)
- altre sedi..... (n. 1; **3,8 %**)

grafico 2

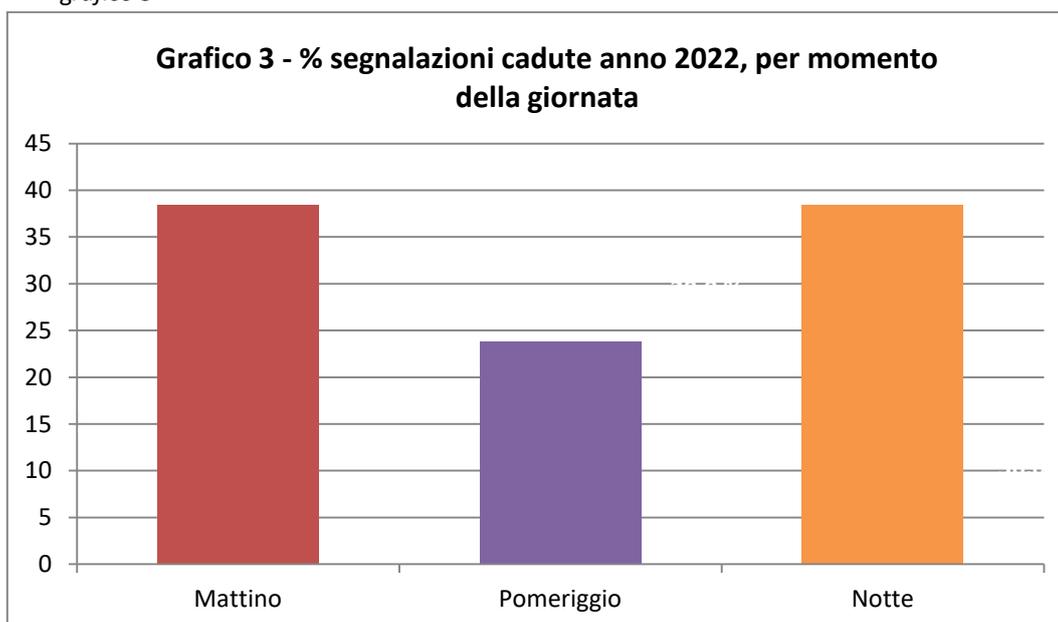


E' importante considerare che la **caduta** è un evento causato da un'interazione complessa di fattori legati alle condizioni di salute del paziente (intrinseci), agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura (estrinseci), oltre che alle circostanze, non sempre identificabili con precisione.

Distinguendo poi gli eventi per momento della giornata in cui gli stessi si sono verificati, si conferma il dato di una maggior percentuale di eventi "caduta" durante le ore del antimeridiane, durante le quali i pazienti svolgono attività riabilitativa. Anche le ore notturne, tuttavia, segnano una percentuale importante, ma bisogna tener conto che quasi la metà del totale degli eventi (n. 11) sono stati secondari a condizioni cliniche caratterizzate da agitazione psico-motoria e disorientamento (evitamento delle contenzioni = n. 11).

- fascia oraria del **mattino** (08.00-14.00): **n. 10** - 38,46 %
- fascia oraria del **pomeriggio** (14.00-20.00): **n. 06** - 23,08 %
- fascia oraria della **notte** (20.00-08.00): **n. 10** - 38,46 %

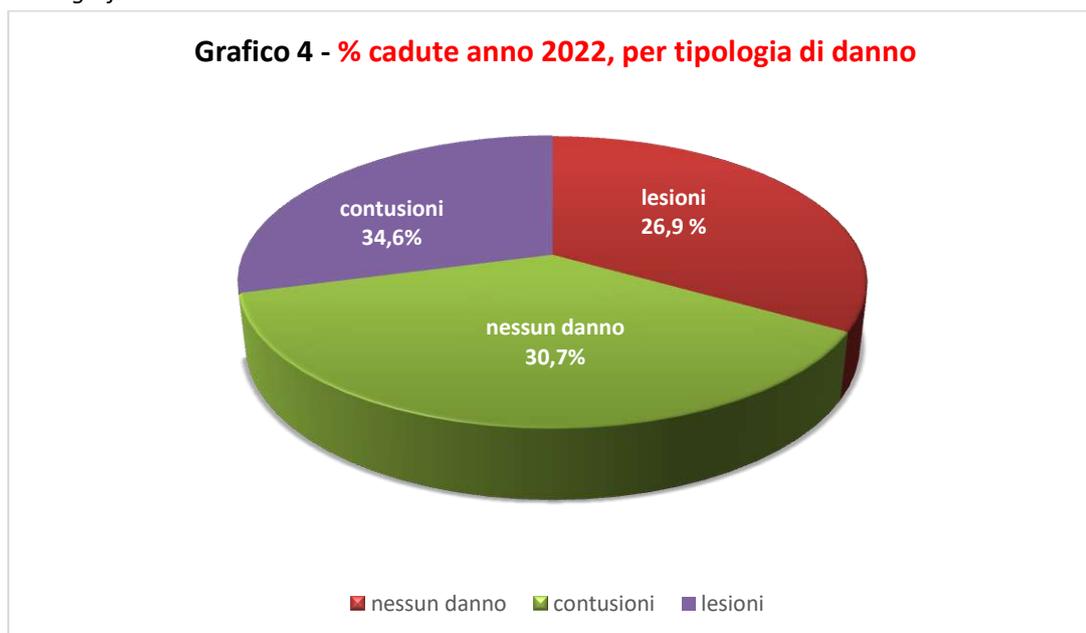
grafico 3



Riguardo alle **conseguenze** della caduta, i dati dell'anno 2022 possono essere così riassunti:

- nel **30,7 %** dei casi (n. 8) i pazienti non hanno riportato **nessun danno**;
- nel **26,9 %** (n. 7) i pazienti hanno riportato **lesioni**;
- nel **34,6 %** (n. 9) i pazienti hanno riportato **contusioni**.

grafico 4



Alla data del 31.03.2023 non risulta pervenuta alcuna richiesta di risarcimento.

EVENTI AVVERSI – EVENTI SENTINELLA

Nell'anno 2022 non sono stati segnalati altri eventi avversi e/o sentinella rientranti nella classificazione del Ministero della Salute.

❖ VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

L'obiettivo del sistema di vigilanza è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli operatori e di altri lavoratori, riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso possa ripetersi in luoghi diversi e/o in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.

Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.

La Commissione Unica sui Dispositivi medici (CUD) ha predisposto un **documento informativo**, diramato dalla Direzione generale farmaci e dispositivi medici il 27 luglio 2004 che fornisce, sia agli operatori sanitari sia ai fabbricanti, indicazioni sui tipi di eventi da segnalare, sulle modalità di segnalazione e sui comportamenti da tenere nelle varie fasi del sistema di vigilanza. Il documento informativo ha introdotto modelli di schede per la segnalazione di incidenti e mancati incidenti da parte del fabbricante o del suo mandatario e degli operatori sanitari e stabilito procedure per l'inoltro al Ministero della Salute delle schede predette.

Il **Decreto 15 novembre 2005** (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, serie generale n. 274 del 24 novembre 2005) comprende i modelli di schede che devono essere utilizzati dagli operatori sanitari e dal fabbricante o suo mandatario per le segnalazioni al Ministero della Salute di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medici impiantabili attivi, ai sensi rispettivamente dell'articolo 9 del Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e dell'art. 11 del Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507 e quelli da utilizzare per le segnalazioni al Ministero della Salute di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medico-diagnostici in vitro, ai sensi dell'art. 11 del Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332.

Occorre evidenziare che fra le modifiche introdotte nel 2010 ai decreti legislativi citati vi è l'evoluzione della definizione di incidente, in cui viene introdotto il principio di potenzialità nel causare decesso o grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un utilizzatore e la definizione di "inconveniente". Ciò implica il superamento del concetto di mancato incidente, che viene ricompreso nella definizione stessa di incidente se si applica il principio di "potenzialità" e, in caso contrario viene classificato come inconveniente.

❖ EMOVIGILANZA

Definizione: *"insieme di procedure di sorveglianza che coprono l'intera catena trasfusionale (dal donatore al paziente), finalizzate alla raccolta e alla valutazione delle informazioni su effetti inaspettati o indesiderati, [...] e alla prevenzione dell'evento o della sua ricorrenza".*

DECRETO LEGISLATIVO 20 dicembre 2007, n. 261:

- **«incidente grave»:** qualunque evento negativo collegato alla raccolta [...] suscettibile di [...] produrre invalidità o incapacità del donatore o del paziente o che ne determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbilità;
- **«reazione indesiderata grave»:** la risposta inattesa del donatore o del paziente, connessa con la raccolta o la trasfusione di sangue e di emocomponenti, che provoca la morte o mette in pericolo la vita o produce invalidità o incapacità del donatore o del paziente ovvero determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbilità.

Al 31.12.2022 non è stata registrata alcuna segnalazione relativa a reazioni indesiderate o incidenti gravi.

❖ RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

Nell'anno 2022 non vi sono stati reclami o suggerimenti di rilievo.

❖ IMPORTO DEI RISARCIMENTI EROGATI (LIQUIDATO ANNUO) CON RIFERIMENTO ALL'ULTIMO QUINQUENNIO

Premesso che il legislatore:

- ha voluto perseguire l'intento volto a favorire la costruzione di organizzazioni sicure attraverso l'implementazione, all'interno delle strutture sanitarie, di meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili e attraverso l'istituzione di Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (art. 2, comma 4);
- ha voluto promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo al tempo stesso la trasparenza nei confronti del cittadino (art. 4, comma 3: "pubblicazione nel proprio sito internet dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio"), orientando i dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento;
- che il pagamento di un risarcimento è temporalmente scollegato dall'accadimento e che non si tratta di un indicatore di qualità dell'assistenza;

Negli ultimi cinque anni la Casa di Cura Villa Bianca di Martina Franca non ha erogato alcun risarcimento.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 COMMA 4 LEGGE N.24/2017

Si rende noto che, ai sensi dell'art.10 comma 4 legge 24/2017, la Casa di Cura Villa Bianca Ausiello S.r.l., ha stipulato regolare contratto assicurativo per l'anno 2022 con la compagnia *Berkshire Hatway International Insurance* (RCT/RCO 1212633).

❖ **Attività messe in atto dall'Ufficio Gestione del Rischio Clinico**

1) Richiesta di relazione sugli eventi avversi

L'ufficio Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento avverso o evento sentinella verificatosi all'interno della Casa di Cura, ha richiesto una dettagliata relazione al personale medico e paramedico di reparto presente in turno, stimolando in questo modo l'analisi del caso.

2) Analisi degli eventi sentinella segnalati

Per ogni evento sentinella segnalato nel 2022, l'Ufficio Gestione del Rischio Clinico ha fornito un idoneo supporto all'analisi dello stesso e, in particolare, all'individuazione dei fattori che avevano contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con evidenziazione delle criticità migliorabili e definizione di un piano d'azione e di raccomandazioni rivolte ad operatori e pazienti, al fine di ridurre la probabilità di un nuovo evento. Nella maggior parte dei casi l'analisi dell'evento sentinella è stata motivo di discussione del caso in reparto e di attività di *audit*.

3) Organizzazione e realizzazione di Corsi di formazione (ECM) per il personale della Casa di Cura

Nel mese di ottobre 2022 si è tenuto un corso BLS (Basic Life Support and Defibrillation) per tutti gli operatori sanitari della Casa di Cura, a cura dell' IRC (Italian Resuscitation Council), Gruppo Italiano per la Rianimazione Cardiopolmonare.

Inoltre tutto il personale sanitario ha seguito programmi di formazione a distanza (ECM FAD) sui vari temi riguardanti la professione specifica.

Risk Management

Dott. Giacomo Zizzi

Martina Franca, 31 marzo 2023

Bibliografia

- *Casa di Cura Villa Bianca – atti in archivio.*
- *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. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.*
- *Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.*
- *Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 23 giugno 2014, n. 1310: Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting".*
- *Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 "Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti".*