	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

Villa Baruzziana è un Ospedale Privato Accreditato (OPA) che aderisce all' AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata). AIOP associa più di 500 ospedali in Italia ed oltre 60000 operatori.

Accoglie pazienti in media e breve degenza, secondo specifici accordi con la Regione Emilia Romagna o privatamente.

L' OPA è autorizzata per 90 posti letto e accreditata per 87 distribuiti in due padiglioni e tre reparti


- **Villa Grande:** ventiquattro posti letto, reparto misto per la componente ospedaliera di Psichiatria Generale più tre di Riabilitazione psichiatrica.
- **S.P.O.I.** (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo) reparto misto con sedici posti letto.
- **R.T.I.** (Residenza a Trattamento Intensivo) donne con ventotto posti letto, uomini con diciotto posti letto.

L' OPA è inoltre autorizzata per prestazioni ambulatoriali di neurologia di elettromiografia, elettroencefalografia e visite neurologiche.

Il personale sanitario è composto da

1. Medici dipendenti
2. Medici liberi professionisti
3. Infermieri dipendenti
4. Infermieri Liberi professionisti
5. Psicologi
6. Tecnici di Neurofisiopatologia

Nell' anno 2021 la struttura ha ricoverato 1200 pazienti e accolto presso gli ambulatori della neurologia oltre 3000 pazienti in convenzione CUP.

	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

La responsabilità della Gestione del Rischio è in capo alla Direzione Sanitaria (Primario + Direttore Sanitario). Coadiuvano alla gestione il responsabile qualità RAQ, i Medici di Reparto e le coordinatrici infermieristiche. Nella raccolta degli eventi avversi vengono coinvolti tutti i professionisti sanitari attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato per la raccolta degli eventi rilevanti.

SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTE INFORMATIVA

INCIDENT REPORTING

TIPOLOGIA

INCIDENT REPORTING

DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico).

LETTERATURA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

– Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).


– DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza).

L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) – e cosiddetti near miss – definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).

DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO

Obiettivi

La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere

	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

dall'esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.

Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della "sensibilità" del segnalatore. Ma l'incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde

necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi infatti entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

Fonte: Dossier ASSR n.250/2015, pag. 15 e 16.


ANALISI DEL RISCHIO
CRITICITA'/AREE INTERVENTO
INTERVENTI E AZIONI
CORRETIVE E DI
MIGLIORAMENTO ADOTTATE
NEL PERIODO
CORRISPONDENTE

Analizzando i dati raccolti nell' anno 2021 l' OPA ha individuato alcune aree critiche su cui intervenire.

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema informatizzato della raccolta degli eventi avversi.

VALUTAZIONI/RISULTATI E
PROSPETTIVE FUTURE

Nell' anno 2021 è stato un anno di cambiamento in quanto l' introduzione del sistema informatizzato di Incident Reporting ha permesso a tutti i professionisti di gestire in maniera autonoma la raccolta del dato e di responsabilizzarli maggiormente nella raccolta e nella descrizione dell' evento.

	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

DISPOSITIVO VIGILANZA

La nostra gestione del rischio non comprende il “dispositivo vigilanza” in quanto nel nostro operare non è previsto l’utilizzo di apparecchiature medicali invasive per il paziente. Annualmente tutte le apparecchiature come elettrocardiogrammi, elettromiografi e elettroencefalogrammi hanno un programma di manutenzione scadenzato con compilazione del relativo registro.

FARMACO VIGILANZA

TIPOLOGIA

LETTERATURA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO

ANALISI DEL RISCHIO CRITICITA/AREE INTERVENTO INTERVENTI E AZIONI CORRETIVE E DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE NEL PERIODO CORRISPONDENTE

VALUTAZIONI/RISULTATI E PROSPETTIVE FUTURE


FARMACO VIGILANZA

La corretta somministrazione della terapia farmacologica da parte dell’operatore è diventato uno dei punti cardine del Risk Management. Con l’introduzione della cartella informatizzata la struttura si è dotata di ulteriore livello di controllo che ha permesso di avere un controllo più accurato da parte dell’operatore delle terapie somministrate al paziente.

Si è intervenuto sulle modalità di somministrazione e sulla “chiarezza” delle terapie

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema

In futuro l’implementazione ulteriore del sistema informatizzato e una migliore identificazione del paziente al momento della somministrazione saranno gli strumenti che l’organizzazione intende adottare.

	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

EMO VIGILANZA

Non eseguita. Non presente all' interno della nostra organizzazione.

SINISTRI

Per l'anno 2021 il monitoraggio dei sinistri ha rilevato una sola richiesta di risarcimento in fase di definizione

RECLAMI

Per l'anno 2021 non abbiamo ricevuto reclami relativi al rischio clinico

CADUTE

TIPOLOGIA

CADUTE

PG 2016 786754 RER

LETTERATURA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato le cadute negli anziani uno dei "quattro giganti della geriatria" con depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Trattasi di un problema rilevante per frequenza e conseguenze nel medio e lungo termine (post-fai! syndrome): in particolare l'insicurezza secondaria alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività quotidiane e i rapporti interpersonali, con progressivo isolamento sociale. (EU Falls FESTIVAL,2016).

La Raccomandazione N. 13 novembre 2011 del Ministero della Salute per la Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie indica un elenco di azioni da mettere in campo per ridurre il rischio di caduta nelle strutture sanitarie. Inoltre l'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella rappresenta un adempimento correlato all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FLUSSO INFORMATIVO


L' analisi delle cadute con una scrupolosa descrizione in cartella informatizzata, l'utilizzo del nuovo sistema di raccolta del dato.

ANALISI DEL RISCHIO CRITICITA'/AREE INTERVENTO

Analizzando i dati si è deciso di implementare ulteriori scale di valutazioni per inquadrare meglio il paziente all' ingresso e durante il ricovero.

INTERVENTI E AZIONI CORRETIVE E DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE NEL PERIODO CORRISPONDENTE

Formazione del personale, audit interni, ulteriore implementazione del sistema informatizzato della raccolta degli eventi avversi.

	RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2021	Risk
		26/04/2022

VALUTAZIONI/RISULTATI E
PROSPETTIVE FUTURE

Nell' anno 2021 è stato un anno di cambiamento in quanto l' introduzione del sistema informatizzato di Incident Reporting ha permesso a tutti i professionisti di gestire in maniera autonoma la raccolta del dato e di responsabilizzarli maggiormente nella raccolta e nella descrizione dell' evento.

