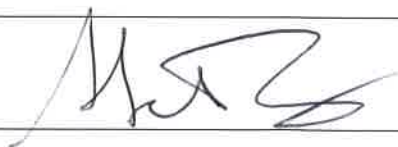


**S O M M A R I O**

<b>1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA .....</b>	<b>2</b>
<b>2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....</b>	<b>5</b>
3.1 RISK MANAGEMENT (RM).....	5
3.1.2 Sistema di controllo.....	6
3.1.3 Supporti al RM .....	6
<b>4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE.....</b>	<b>6</b>
4.1 INCIDENT REPORTING.....	6
4.2 RECLAMI E SINISTRI.....	10
4.3 INFORTUNI OPERATORI .....	11
4.4 AUDIT CLINICI.....	12
4.5 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ( SISTEMA SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI).....	13
4.6 LESIONI DA COMPRESSIONE.....	15
4.7 ANALISI CARTELLE CLINICHE .....	17
4.8 DISCUSSIONE CASI CLINICI E FOCUS GROUP.....	18
<b>5. FORMAZIONE.....</b>	<b>19</b>

<b>Data di redazione</b>	<b>Firma Direttore Sanitario – Dott. Antonio De Tanti</b>
23 Luglio 2019	

## **1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA**

Il Centro Cardinal Ferrari è un centro per la riabilitazione neurologica, esperto nella riabilitazione delle disabilità secondarie ai gravi traumi cranio encefalici e alle cerebrolesioni acquisite. Dal 2008 fa parte di Santo Stefano Riabilitazione, uno dei principali gruppi per la riabilitazione in Italia, che opera attraverso una rete di strutture operative di degenza e ambulatoriali, organizzate in base ai bisogni riabilitativi, assistenziali e di competenze cliniche dei pazienti.

Il Centro Cardinal Ferrari è dotato di 91 posti letti per il ricovero in regime ordinario o day hospital e di 12 posti letto residenziali socio assistenziali dedicati a pazienti con gravissima disabilità acquisita (GRADA). Il Centro Cardinal Ferrari è una clinica privata, accreditata (che significa che, per l'attività sanitaria, **opera in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale**) ed è inserito nella rete regionale delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite come punto di riferimento esperto per l'Emilia Occidentale (**Rete GRACER**) e nella rete regionale riabilitativa **H&S per le Gravi Disabilità in età Evolutiva**.

Il progetto "Centro Cardinal Ferrari" nasce dalla necessità di soddisfare le esigenze riabilitative legate al progressivo aumento del numero di pazienti con disabilità secondarie ai gravi traumi cranio encefalici e alle cerebrolesioni acquisite.

Durante il percorso riabilitativo ogni persona viene affidata ad un medico di riferimento che ha la responsabilità sia di **realizzare un progetto riabilitativo personalizzato**, sia di **coordinare il team** che accompagna il paziente e la sua famiglia verso il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi attraverso **le diverse Aree Funzionali**. Ogni Area Funzionale è coordinata da un Medico Referente:

**Area Rossa (terzo piano):** gli obiettivi riabilitativi prevalenti per i pazienti che afferiscono a quest'area sono il completamento della stabilizzazione delle condizioni generali, lo svezzamento progressivo dai presidi invasivi (cannula tracheale, catetere venoso centrale, PEG, ecc), monitoraggio del disturbo di coscienza e regolazione della stimolazione sensoriale.

**Area Gialla (secondo piano):** gli obiettivi riabilitativi perseguiti in quest'area sono prevalentemente connessi al trattamento di disturbi di carattere cognitivo e comportamentale. In quest'area sono concentrate competenze di tipo psicofarmacologico, psicologico e neuropsicologico.

**Area Azzurra (secondo piano):** l'elemento unificante diventa l'età del paziente preso in carico. In quest'area sono trattati i pazienti con Gravi Disabilità in Età Evolutiva.

**Area Verde (primo piano):** Nei pazienti che afferiscono a quest'area prevale la disabilità secondaria a patologia del movimento con necessità di attivare programmi complessi e mirati di riabilitazione neuromotoria, anche con programmi specifici per i trattamenti della spasticità focale e generalizzata, blocchi neuromuscolari con tossina botulinica, casting di correzione progressivo, pompa intratecale al baclofen, chirurgia funzionale si associano alle tradizionali tecniche di riabilitazione neuromotorie e di terapia farmacologica per via orale.

**Area del Day Hospital (piano rialzato):** in cui l'elemento unificante diviene la fase temporale del processo riabilitativo e la necessità di maggior integrazione tra riabilitazione medica e riabilitazione sociale, con stretto coinvolgimento del nucleo familiare del paziente. Gli spostamenti del paziente all'interno della struttura sono connessi alla variazione dei bisogni.

Presso il centro è operativo anche un **Poliambulatorio** aperto al pubblico che opera in regime privato.

#### **Visite Specialistiche**

- Medicina fisica e riabilitativa
- Neurologia
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Pneumologia
- Psicologia clinica
- Psichiatria
- Diagnostica per immagini-radiologia diagnostica

#### **Prestazioni Diagnostiche**

- Radiologia tradizionale senza mezzi di contrasto
- Ecografia diagnostica
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Potenziali evocati
- Analisi strumentale del movimento
- Neuropsicologia
- Psicodiagnostica
- Esami ematochimici

#### **Prestazioni Riabilitative**

- Medicina fisica e riabilitazione (ortopedica e neuromotoria, anche in acqua)
- Realtà virtuale
- Prescrizione e fornitura ausili
- Riabilitazione della voce e dell'articolazione
- Riabilitazione del linguaggio
- Riabilitazione della deglutizione
- Terapia occupazionale
- Riabilitazione neuropsicologica
- Blocchi neuromuscolari con tossina botulinica
- Psicoterapia
- Riabilitazione ortottica

Il Centro Cardinal Ferrari è collocato all'interno di uno stabile di sei piani.

All'interno del centro vi sono palestre dotate di tutte le attrezzature necessarie all'attività riabilitative (letti speciali, ausili per la postura, verticalizzazione e deambulazione, strumenti per la rieducazione cognitiva, addestramento all'autonomia) che permettono di accogliere persone con ogni tipo di disabilità. Le palestre sono destinate al trattamento fisioterapico ed in particolare modo dedicate alla riabilitazione delle funzioni neuro-motorie. Oltre alle palestre, nella struttura, sono presenti spazi dedicati alla terapia occupazionale per ricreare momenti "di vita" domestica, sociale, lavorativa e sportiva, che includono

anche uno spazio dedicato “all’Orto Giardino” nel parco annesso alla struttura, una pista per esercitare la guida con carrozzina elettronica nel cortile antistante l’entrata dell’edificio. Vi sono due spazi appositamente dedicati alla riabilitazione individuale, motoria e cognitiva, tramite l’applicazione della “realtà virtuale”.

Gli ambienti dedicati alla valutazione e al trattamento delle problematiche cognitive - comportamentali, del linguaggio e della comunicazione e delle problematiche della visione consentono ai tecnici della riabilitazione di usufruire di setting specificamente dedicati.

Una piscina la cui struttura e temperatura dell’acqua sono state studiate appositamente per finalità riabilitative - terapeutiche, con Fisioterapisti specializzati.

Il Ristorante Self-Service è dedicato indistintamente agli ospiti, al personale, ai famigliari e ai visitatori. Nell’ambito del programma riabilitativo è previsto che i pazienti siano messi quanto prima in condizione di raggiungere la locale mensa autonomamente o accompagnati dal personale.

L’area di Degenza dispone di stanze a uno, due o tre letti ognuna con un armadio per ogni paziente, tutte accessibili con qualsiasi tipo di ausilio (carrozzina, deambulatore, sollevatore) e ciascuna con bagno attrezzato per i disabili. Sono inoltre disponibili stanze di degenza attrezzata per l’assistenza e il monitoraggio multiparametrico di pazienti clinicamente instabili, provenienti direttamente dalle Unità di Rianimazione e Terapia intensiva.

Sono disponibili tutte le attrezzature necessarie a favorire la mobilità delle persone disabili (carrozze, deambulatori e sollevatori).

Tutti gli ambienti sono climatizzati.

All’ultimo piano della struttura sono presenti delle stanze di foresteria dedicate ai famigliari.

Il Centro Cardinal Ferrari accoglie annualmente circa 290 ricoveri ordinari e circa 160 ricoveri in day hospital.

Al Centro Cardinal Ferrari lavorano circa 210 persone con le seguenti professionalità: Medici (specialisti in Neurologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Pneumologia, Geriatria, Radiologia, Ecografia, Neuroftalmologia, Neurochirurgia, Cardiologia, Cardiologia Pediatrica, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Ortopedica Funzionale, Neuropsichiatria Infantile), Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell’età evolutiva, Ortottisti, Educatori Professionali, OSS, Ausiliari, Tecnico di Radiologia, Tecnico di Neurofisiopatologia,

## 2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE

	Budget 2018
<b>PRESENZA MEDIA GIORNALIERA (pazienti)</b>	<b>81,00</b>
<i>Media giornate Cod 56</i>	<b>26,00</b>
<i>Media giornate Cod 75</i>	<b>55,00</b>
<i>Media accessi in d.h.</i>	<b>16,87</b>
<i>N° Accessi DH</i>	<b>4.891</b>
<b>TASSO OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (%)</b>	<b>97,59%</b>
<i>% gg abbattuti cod. 56</i>	<b>25,00%</b>
<i>Media giornate GRADA</i>	<b>11,00</b>

## 3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 3.1 Risk Management (RM)

La gestione dei rischi dell'attività negli ospedali è fondamentale per l'esigenza di salvaguardare la salute e l'integrità fisica di tutti coloro che sono all'interno (pazienti, utenti, visitatori, operatori sanitari), coinvolgendo il personale nella rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il Centro Cardinal Ferrari ha individuato un gruppo di riferimento aziendale per la gestione del rischio clinico coordinato da un Responsabile che si riunisce con frequenza circa semestrale (o in caso di necessità documentate) e composto da

- Medico Referente d'Area
- Dirigente Infermieristico
- Coordinatore U.F. Riabilitazione Neuromotoria
- Referente Sistema Qualità Aziendale

Il Responsabile e i componenti del gruppo del RM vengono rinominati ogni 3 anni e hanno il compito di verificare e monitorare i fattori di rischio (biologico, organizzativo, fisico, ecc.) all'interno della struttura a cominciare dai più frequenti:

- Individuano gli elementi critici dei processi in collaborazione con gli altri gruppi individuati all'interno del Centro (Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo, Commissione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito, Comitato Ospedale senza Dolore ecc.).
- Verificano le schede di segnalazione pervenute e adottano provvedimenti
- Recepiscono e discutono i risultati della Customer Satisfaction con le relative criticità
- Convocano esperti per approfondimenti su temi specifici
- Formano/Informano tutti gli operatori con riferimento particolare all'utilizzo dello strumento dell'Incident Reporting



- Propongono azioni correttive (audit per es.), piani di miglioramento e procedure conseguenti

### **3.1.2 Sistema di controllo**

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- Raccolta ed analisi di segnalazioni (Eventi Sentinella, Eventi Avversi o quasi Eventi) da personale sanitario e/o non sanitario che possono anche essere fornite in via anonima
- Rapporto periodico del gruppo del Risk Management
- Osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nella apposita procedura **Gestione di osservazioni/suggerimenti e reclami**

### **3.1.3 Supporti al RM**

All'interno del Centro Cardinal Ferrari sono promossi:

- Audit clinici
- Briefing, discussione di casi clinici sia all'interno delle singole equipe (Medici, Fisioterapisti, Psicologi, Logopedisti, Infermieri) che multidisciplinari
- Safety Walk Around
- Segnalazioni confidenziali anonime da porre nelle cassette a tutti i piani
- Formazione

## **4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE**

### **4.1 Incident Reporting**

#### Letteratura/Normativa di riferimento

- Legge Regionale 34/98
- DGR 327/2004
- Legge 626/94 e D.Lgs n.81/2008
- Ministero della Salute: Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità. Roma, giugno 2011
- Ministero della Salute Ufficio III: L'Audit Clinico. Roma maggio 2011
- Ministero della Salute – Ufficio III – Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari
- Progetto “Sistema di Incident Reporting (Risk Management)” – Regione Emilia-Romagna, 2003
- Basini V., Cinotti R. Damen V. La Root Cause Analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna, Bologna 2006; 130
- Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. Giugno 2010
- Procedura KOS “Procedura per la rilevazione e tracciatura degli eventi cadute e istruzioni utilizzo applicativo”
- Istruzione operativa KOS “Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute”
- Art. 1913 del Codice Civile

- Art. 1915 del Codice Civile

#### Descrizione strumento/flusso informativo

L'incident reporting è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro. L'Incident Reporting consiste nella registrazione e raccolta di schede anonime nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso.

Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso. Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident Reporting sono:

- la descrizione dell'evento
- il luogo dove è avvenuto l'evento
- le persone coinvolte
- la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore (prestazioni urgenti o programmate)
- la gravità dell'evento (grave, medio, lieve)
- indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali)

Il sistema di Incident Reporting è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi ma anche per la segnalazione dei "quasi eventi" (near miss). Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri. Un limite di tale strumento è la sottostima o la sovrastima degli eventi a seconda della "sensibilità" del segnalatore. I dati raccolti pertanto non hanno validità per stimare la prevalenza o l'incidenza di un evento perché ad esempio un elevato numero di segnalazioni (di eventi o quasi eventi) non indica un minor livello di sicurezza e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente ad un elevato livello di sicurezza perché in entrambi i casi entra in gioco la propensione alla segnalazione del singolo professionista. L'incident reporting è perciò da intendersi come uno strumento di apprendimento continuo per rilevare criticità e implementare azioni di miglioramento.

#### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Sono individuati e monitorati i rischi più frequenti

- cadute accidentali;
- rischio biologico da ferite accidentali da acuminati e taglienti
- rischio biologico da legionella per utenti, operatori e famigliari;
- rischio connesso al sollevamento e trasporto pazienti o altro trauma da lavoro per gli operatori
- rischio clinico legato strettamente all'assistenza, che può incorrere a causa di terapie, interventi per diagnosi, ecc.

Ogni evento accidentale viene segnalato sull'apposito modulo regionale (denominato Scheda di Segnalazione Spontanea degli Eventi) che è stato implementato con appositi box per rilevare la segnalazione delle cadute e la segnalazione violenza a danno degli operatori sanitari.

Le modalità di segnalazione e le relative azioni da intraprendere sono contenute in apposite procedure tra cui **Continuità dell'assistenza in caso di emergenza clinica e/o organizzativa, Post-esposizione ad agenti biologici a trasmissione parenterale, Controlli e azioni per prevenire l'insorgenza di casi di legionellosi, Infortuni sul lavoro, Gestione dell'emergenza tecnologica ecc.** Inoltre Il Centro Cardinal Ferrari utilizza nella pratica clinica i documenti del gruppo KOS "*Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute*". Al riguardo esiste anche una Rete intranet aziendale che consente tramite un applicativo di inserire i dati relativi alle cadute da parte dei Coordinatori Infermieristici.

La tabella seguente riporta le principali tipologie di eventi avversi rilevati.

EVENTI AVVERSI	2016	2017	2018
Cadute	23	54	42
Punture taglienti	1	2	0
Movimentazione da carico	1	0	0
Allontanamenti	0	5	9
Violenza su operatore	2	11	12
Errore somministrazione farmaco	1	11	13
Errore identificazione paziente in radiologia/altri servizi	1	1	0
Altro	13	22	29

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE
Allontanamenti	<p><b>Anno 2013</b> Definizione procedura relativa a <b>Contenzioni fisiche di sicurezza e prevenzione fughe in pazienti con disordini cognitivo comportamentali</b> (06.02.2013) Prima Revisione (28.10.2013) con inserimento di sottocapitoli su comunicazioni con i famigliari, sospensione e chiusura ricerche, analisi episodi di fuga. Modificato capitolo comportamento operatori</p> <p><b>Anno 2017</b> Seconda revisione (24.07.2017) con inserimento di considerazioni sull'aspetto preventivo dell'allontanamento Terza Revisione (18.12.2017) con modifica check list contenzioni</p>



TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE
Prevenzione della violenza a danno di operatori sanitari	<p><b>Anno 2010</b> Terza revisione della Procedura di <b>Gestione dei rischi</b> (29.09.2010) con inserimento della prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari</p> <p><b>Anno 2018 - 2019</b> Sensibilizzazione al personale sanitario circa l'opportunità di segnalare gli eventi sull'apposito modulo (inserimento del modulo nella scheda regionale di Segnalazione Spontanea degli Eventi). Iniziato progetto di miglioramento che si concluderà nel 2019 con la stesura di una procedura aziendale "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori" con particolare riferimento all'Area di degenza Gialla (pazienti cognitivo-comportamentali)</p>
Errore somministrazione farmaco	<p><b>Anno 2008</b> Quarta Revisione (04.08.2008) con inserimento nella Procedura <b>Gestione farmaci</b> del Foglio Unico di Terapia</p> <p><b>Anno 2015</b> Revisione Foglio Unico di Terapia per non omogeneità nell'utilizzo dei simboli (progetto miglioramento)</p> <p>Sesta Revisione (10.07.2015) con definizione flow chart</p> <p><b>Anno 2016- 2017</b> Audit clinico in seguito a criticità relativa alla gestione farmaci in termini di prescrizione, approvvigionamento e conservazione.</p> <p><b>Anno 2018- 2019</b> Intrapreso progetto di miglioramento che si concluderà nel 2019 per la revisione del foglio unico di terapia.</p>
Cadute	<p><b>Anno 2012</b> Utilizzo Istruzione operativa del gruppo KOS e raccolta dati con applicativo Citrix (<b>Cadute Riabilitazione – Acuti</b>)</p> <p><b>Anno 2014</b> Inserimento nel Balanced Scorecard (BSC) aziendale dell'indicatore</p> <p><b>Anno 2015</b> Predisposizione di scheda annessa al modulo regionale di Segnalazione Spontanea degli Eventi</p> <p><b>Anno 2016- 2017</b> <b>Progetto VISITARE (Safety Walk Around)</b> con analisi cadute e creazione successiva poster illustrato e opuscolo informativo</p> <p><b>Anno 2018</b> Revisione scala rischio cadute modificata per eccessiva complessità (progetto di miglioramento). Viene implementata la scala di Conley</p>
Gestione pazienti a rischio suicidario	<p><b>Anno 2013</b> Definizione di procedura per <b>Gestione di pazienti a rischio suicidario e/o di comportamenti autolesivi</b> (28.10.2013)</p> <p><b>Anno 2018 - 2019</b> Anche a seguito dei lavori strutturali di messa in sicurezza al 2° piano (porte esterne, ascensori e finestre) verrà fatta una revisione della procedura con inglobamento di istruzione operativa <b>Gestione chiavi finestre aree di degenza ordinaria</b></p>

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE
Errori in radiologia	<p><b>Anno 2014</b> Definizione della procedura (28.02.2014) <b>Gestione dell'attività radiologica</b> Prima revisione (22.10.2014) con inserimento di una flow chart e check list</p> <p><b>Anno 2015</b> Seconda revisione (01.03.2015) della procedura sulla <b>Gestione dell'attività radiologica</b> in conseguenza di errore di esecuzione di esame radiologico (progetto miglioramento)</p> <p><b>Anno 2017</b> Nessuna segnalazione</p> <p><b>Anno 2018</b> Nessuna segnalazione</p>

Inoltre viene effettuata costante opera di sensibilizzazione tra il personale per segnalare gli eventi (o i quasi eventi) anche attraverso momenti formativi

Nel contesto lavorativo gli atti di violenza, nella maggior parte dei casi, sono rappresentati da eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

#### 4.2 Reclami e sinistri

##### Letteratura/Normativa di riferimento

Sistema Informativo segnalazioni URP in Sanità RER Luglio 2003

##### Descrizione strumento/flusso informativo

La Struttura ha attivato meccanismi atti ad assicurare la disponibilità di dati utili alla misurazione del livello di soddisfazione dei Clienti relativamente ai servizi espliciti dalla Struttura.

L'utente della Struttura ha inoltre il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.

La procedura **Gestione di osservazione/suggerimenti e reclami** definisce, a tale proposito:

- le modalità di raccolta dei reclami/disservizi (scritti e verbali)
- il rilevamento del grado di soddisfazione dell'ospite ricoverato

Le modalità di risarcimento danni sono definite nella procedura **Gestione dei rischi**

##### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

La BSC monitorizza i seguenti indicatori

1. Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente dai coordinatori
2. Percentuale delle risposte scritte/colloqui chiarificatori

INDICATORE	SEGNALAZIONI	
	2017	2018
Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente ( valore assoluto )	42	6
Percentuale di risposte scritte/colloqui (%)	25	50

Il numero delle segnalazioni nel 2018 è nettamente inferiore rispetto al 2017.

Le principali tipologie di reclamo hanno riguardato:

- A. Area assistenziale (prevalentemente aspetti relazionali di comunicazione)
- B. Servizio mensa

#### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Nel corso dell'anno 2018 abbiamo provveduto ad una più puntuale presa in carico dei reclami che ha prodotto una rapida risposta all'utenza ed una soluzione tempestiva dei problemi.

### **4.3 Infortuni operatori**

#### Letteratura/Normativa di riferimento

- D.Lgs. 81/2008 – Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro
- Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli operatori delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna – Luglio 2014

#### Descrizione strumento/flusso informativo

Il Documento di Valutazione dei rischi (DVR) dà evidenza dell'effettuazione della valutazione dei rischi aziendali illustrando nel dettaglio il complesso delle azioni di valutazione attuate, i criteri adottati e le contromisure intraprese a garanzia della sicurezza. Si tratta di uno strumento dinamico che deve essere necessariamente aggiornato per consentire la visione globale dei rischi emergenti ed il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

INDICATORE	SEGNALAZIONI	
	2017	2018
Infortunio a rischio biologico	1	1
Movimentazione carichi	1	5 (*)
Infortuni in itinere	1	2
Cadute		1
Violenza su operatore		1
Altri infortuni	3	0

(\*) N. 3 degli infortuni sono avvenuti in modo accidentale e non per errata movimentazione carichi

### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Come già indicato precedentemente la Direzione Sanitaria:

- ha predisposto un apposito box per la VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI nella scheda di segnalazione di RISK MANAGEMENT per una puntuale segnalazione;
- ha intrapreso progetto di miglioramento per la realizzazione della procedura aziendale "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori" con particolare riferimento all'Area di degenza Gialli (pazienti cognitivo-comportamentali).

Il documento di **Valutazione dei rischi** (DVR), ai sensi del D.Lgs. 09.04.2008 n. 81 art. 17 co.1, come mod.dal D. Lgs.106/09, è stato aggiornato a Febbraio 2018.

## **4.4 Audit clinici**

### Letteratura/Normativa di riferimento

Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III, Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.

### Descrizione strumento/flusso informativo

La *clinical governance* rappresenta l'impegno delle organizzazioni sanitarie nel creare e nel rendere conto (*accountability*) di un sistema centrato sui bisogni del paziente, dove la sicurezza e la qualità delle cure e dei servizi forniti raggiungano i massimi livelli rispetto alle risorse disponibili.

L'effettuazione degli Audit avviene sulla base delle criticità emerse segnalate al gruppo di riferimento aziendale per il Risk Management (RM) definito nella procedura **Gestione dei rischi** il quale d'accordo con la Direzione Sanitaria avvia un percorso di audit. Ciascun audit è stato condotto da un gruppo di lavoro di volta in volta individuato in base alle competenze e al personale coinvolto.

#### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Sono stati attivati in Area di degenza Rossi tre progetti di miglioramento legati al Progetto VI.SI.T.A.RE. per la promozione e implementazione delle raccomandazioni regionali sulla sicurezza in ospedale:

- nell'ambito delle prestazioni di radiologia, dagli incontri con i vari operatori del team riabilitativo, è emerso che bisogna rendere più sicura l'identificazione del paziente per prevenire eventuali errori. A tal proposito sono stati pianificati nel 2018 dei controlli sull'aderenza all'apposita Istruzione Operativa IOS 24 – "Gestione dell'attività radiologica";
- per una corretta gestione clinica del farmaco, allo scopo di prevenire errori di prescrizione e somministrazione, è stato programmato un progetto di miglioramento per la revisione del foglio unico di terapia;
- prevenzione violenza su operatori con particolare riferimento alla violenza verbale che ha generato negli operatori un importante disagio. Si sono sensibilizzati gli operatori ad una tempestiva segnalazione al Servizio di Neuropsicologia del Centro Cardinal Ferrari di problemi relazionali con i pazienti e soprattutto con i famigliari. Si pianificano incontri degli operatori con gli Psicologi della struttura.

#### **4.5 Infezioni correlate all'assistenza (sistema sorveglianza enterobatteri produttori di carbapenemasi)**

##### Letteratura/Normativa di riferimento

- Lotta contro le infezioni ospedaliere: Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985.
- Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza Circolare Min. Sanità 30.01.1988, n.8
- Piano Aziendale per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni.
- DGR n. 318/2013 "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici"
- Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio sanitarie, Gennaio 2013, Regione Emilia Romagna

##### Descrizione strumento/flusso informativo

Sono in atto programmi di sorveglianza interna che riguardano:

- infezioni delle vie respiratorie che riguardano i pazienti portatori di cannula tracheostomica
- infezioni delle vie urinarie
- prevenzione e controllo della legionellosi

Il programma consiste nella raccolta dati mensile che vengono analizzati dal Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo (GPRI). Annualmente viene redatto e diffuso un report di sorveglianza delle infezioni respiratorie e urinarie.

Di seguito tabelle riassuntiva anni 2017 e 2018:



<b>INFEZIONI RESPIRATORIE</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
IR in ingresso (n.)	16	33
IR in degenza (n.)	30	24
Portatori cannula (n.)	73	83
IR in degenza nei portatori di cannula (%)	41	43

Tabella incidenza **infezioni respiratorie** per Area di degenza rapportate alle giornate di degenza anno 2018

	Area Rossa	Area Gialla/Azzurra	Area Verde	Nucleo Grada
Inf. respiratorie in degenza	30	0	3	3
Giornate di degenza	9248	9772	10290	4425
Incidenza	0,32	0	0,03	0,07

<b>INFEZIONI VIE URINARIE</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
IVU ingresso (n.)	29	22
IVU degenza (n.)	33	24
Pazienti ricoverati (n.)	326	338
IVU in degenza (%)	10	7

Tabella incidenza **infezioni vie urinarie** per Area di degenza rapportate alle giornate di degenza anno 2018

	Area Rossa	Area Gialla/Azzurra	Area Verde	Nucleo Grada
IVU in degenza	13	5	4	2
Giornate di degenza	9248	9772	10290	4425
Incidenza	0,14	0,05	0,04	0,04

#### DATI INFEZIONI KLEBSIELLA PNEUMONIAE ANNI 2017 E 2018 IN DEGENZA

	2017	2018
N. Infezioni vie urinarie	3	1
N. infezioni vie respiratorie	2	2
N. infezioni sistemiche	4	3

Si continua con il monitoraggio e con il controllo dell'adesione da parte di tutti gli operatori alle procedure previste per l'isolamento da contatto in reparto.

Vengono effettuati mensilmente attività di controllo relative all'aderenza da parte degli operatori alle procedure aziendali riguardo l'isolamento in ospedale e il lavaggio delle mani.

#### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Nel 2018 non sono state rilevate particolari criticità.

Si continua con il monitoraggio e con gli interventi già identificati come prioritari:

- A) Tempestiva identificazione dei casi sintomatici con conseguente adozione delle idonee misure di isolamento da contatto ancor prima della diagnosi di laboratorio.
- B) Adeguata sanificazione ambientale tramite l'utilizzo di prodotti derivati del cloro.
- C) Adeguate misure di isolamento da contatto con particolare riferimento all'igiene delle mani.
- D) Corretta modalità di prescrizione delle terapie antibiotiche in particolare di cefalosporine, fluorochinoloni e clindamicina.
- E) Interventi informativi/formativi con gli operatori sanitari
- F) Attività di monitoraggio

#### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Tra gli anni 2017 e 2018 è aumentato il numero dei pazienti ventilati. Per tale motivo è stato programmato un corso di formazione interna da svolgersi nel 2019.

#### **4.6 Lesioni da pressione**

##### Letteratura/Normativa di riferimento

- Powers GC, Lenter T, Nelson F et al. Validation of the mobility sub scale of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 2004; 53(5):340-3346.
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Regione Emilia-Romagna: "Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito". Dossier 94-2004; ISSN 1591 – 223 X

- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Centro di documentazione per la salute, Regione Emilia-Romagna: "Prevalenza delle lesioni da decubito, uno studio della Regione Emilia-Romagna". Dossier 61-2002; ISSN 1591-223X
- Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito- evidence based nursing Bologna 2001
- Linee guida EPUAP 2015

Descrizione strumento/flusso informativo

Sotto il controllo della Direzione Sanitaria è stato identificato un Gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e lo studio degli approcci preventivi e curativi delle lesioni da decubito.

Tale gruppo è composto da un Medico, un Coordinatore Infermieristico, un Infermiere, un Fisioterapista.

Vengono effettuati:

- mensilmente una raccolta dati che viene analizzata dal gruppo di lavoro
- annualmente un report di prevenzione e sorveglianza delle lesioni da decubito che riporta dati relativi all'insorgenza e all'incidenza delle lesioni, utili per la prevenzione e la stima approssimativa dell'efficacia delle misure di controllo sia fisiche che mediche.

**TABELLE LDD PRIMA / DURANTE IL RICOVERO SUDDIVISO PER LIVELLO DI RISCHIO BRADEN**

RISCHIO	2017		2018	
	Prima Ricovero	Durante Ricovero	Prima Ricovero	Durante Ricovero
Alto	90	22	62	9
Medio	0	0	1	0
Basso	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>22</b>	<b>63</b>	<b>9</b>

**TABELLA SEDI INTERESSATE DA LDD**

SEDE	2017	2018
Cavo popliteo	0	0
Coscia (trocantere + ginocchio)	9	6
Gamba	13	3
Bacino (gluteo + ischio + sacro)	34	27
Arto superiore	1	2
Piede + malleolo + tallone	37	24
Cranio	16	7
Rachide	1	1
Scapola	1	2
<b>TOTALE</b>	<b>112</b>	<b>72</b>

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento e di miglioramento

Dall'analisi dei dati nel 2018 si rileva un netto miglioramento per quanto riguarda le insorgenze rispetto al 2017.

Si sono organizzati 2 edizioni di un corso interno "Prevenzione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da decubito", uno svoltosi a Maggio 2018 e uno svoltosi a Maggio 2019, destinati a Medici, Infermieri e OSS.

**4.7 Analisi cartelle cliniche**

Normativa di riferimento

Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna (DGR 354 del 26.03.2012 e Determina RER n.10449 del 07.08.2012 – Piano Annuale Controlli)

#### Descrizione strumento/flusso informativo

Con frequenza trimestrale vengono controllate a campione 15 cartelle cliniche (n. 3 per ogni Area di degenza: Rossa, Verde, Gialla, Azzurra e Dh) relativamente ad una serie di items predeterminati.

Per ogni controllo trimestrale viene redatto un verbale sui risultati della verifica.

I controlli interni di cartelle vengono codificati nel tracciato SDO che viene inviato al Servizio Sistema Informativo Sanità della Regione Emilia-Romagna.

#### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento e di miglioramento

Nel corso del 2018 i controlli trimestrali hanno evidenziato le seguenti criticità:

1. si rileva ancora nel 2018 il non rispetto della tempistica di consegna copia cartella cliniche come indicato nella Carta dei Servizi. Nell'ultimo trimestre 2018 c'è stato tuttavia un miglioramento. Si continua a monitorare l'indicatore anche nel 2019;
2. durante i controlli trimestrali delle cartelle cliniche si sono evidenziate incongruenze ed omissioni nella rilevazione del dolore. In particolare:
  - non viene fatta la rivalutazione dopo il provvedimento intrapreso;
  - riscontrate incongruenze tra la scheda di monitoraggio dolore e il diario clinico

A tal proposito è stato avviato un progetto di miglioramento che si concluderà nel 2019;

3. sono state rilevate incongruenze nella compilazione del Foglio Unico di Terapia. Nel 2018 abbiamo iniziato un progetto di miglioramento per la revisione del Foglio Unico di Terapia che si concluderà nel 2019

#### **4.8 Discussione casi clinici e focus group**

Per ogni Area di degenza il team riabilitativo multiprofessionale si riunisce settimanalmente per un confronto fra operatori sui singoli pazienti. Da questo confronto può scaturire un'eventuale revisione in itinere del programma riabilitativo.



## 5. FORMAZIONE

Di seguito la formazione per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

<b>ANNO 2017</b>				
TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT. / EST.	N. EDIZIONI	ORE PER EDIZIONE	N. PARTECIPANTI
BLS-D base adulto	Interna	2	8	18
Retraining BLS-D adulto	Interna	1	4	12
BLS-D base pediatrico	Interna	1	8	12
ACLS	Esterna	3	16	3
Sicurezza luoghi di lavoro – rischi specifici	Interna	1	12	19
Formazione base addetti antincendio – rischio alto	Interna	1	16	12
Aggiornamento addetti antincendio	Interna	1	8	4
Progetto regionale VI.SI.T.A.RE. – Approfondimento sul corretto posizionamento pazienti sia come atto riabilitativo che come azione preventiva di eventuali danni osteo-muscolari derivanti da tecniche di mobilizzazione non corrette	Interna	4	4	75

<b>ANNO 2018</b>				
TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT. / EST.	N. EDIZIONI	ORE PER EDIZIONE	N. PARTECIPANTI
Retraining BLS-D adulto	Interna	3	3,25	17
ACLS	Esterna	2	16	2
Sicurezza luoghi di lavoro – formazione generale	Interna	FAD	4	8
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento quinquennale	Interna	2	6	20
Sicurezza luoghi di lavoro – formazione di base per preposti	Interna	1	8	1
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento per preposti	Interna	1	6	9
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento per RLS	Interna	2	8	1
Aggiornamento antincendio	Interna	1	8	12