

**RELAZIONE ANNUALE  
SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI  
ALLA SICUREZZA DELLE CURE E  
ALLE RELATIVE AZIONI  
DI MIGLIORAMENTO  
anno 2023**

ai sensi dell'art. 2 comma 5  
della Legge 8 Marzo 2017 n. 24

**Marzo 2024**

	<p style="text-align: center;"><b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b></p>	<p style="text-align: right;"> <b>VILLA AZZURRA</b></p>
---	--	--

## **SOMMARIO**

<b>1. Premessa.....</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. Descrizione del contesto di riferimento .....</b>	<b>pag. 3</b>
<b>3. Schede descrittive degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.....</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4. Conclusioni.....</b>	<b>pag. 17</b>

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

## 1. Premessa

La 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”, richiede alle strutture, sia pubbliche che private che erogano prestazioni sanitarie di redigere *"una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto"*.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 specifica di interesse gli eventi correlati alla sicurezza delle cure con o senza danno e i rischi (i “quasi eventi”/near miss riguardanti eventi non verificatisi e che sono stati intercettati prima del loro verificarsi).

La produzione di normative nella materia specifica tende a garantire l'impegno delle organizzazioni per la sicurezza delle cure, il miglioramento; la relazione annuale conferisce all'organizzazione un'opportunità di trasparenza con il cittadino.

La presente relazione, redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017, oltre a rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati in seguito a segnalazione dei servizi e degli operatori, intende elencare le strategie adottate per prevenire, gestire e mitigare le conseguenze negative dell'impatto causato dal COVID-19.

## 2. Descrizione del contesto di riferimento

Villa Azzurra è una clinica specialistica psichiatrica, organizzata su quattro unità di degenza psichiatrica, per un totale di 100 posti letto, distinti in settori psichiatrici diversificati sulla base delle specifiche esigenze di cura e dell'intensità assistenziale richiesta.

Il settore ospedaliero accoglie accoglie utenti in urgenza e gestisce situazioni di crisi e/o di acuzie psichiatrica, in cui la degenza prevede un inquadramento diagnostico, tempi contenuti e compatibili con la risoluzione della crisi, una prima definizione ed attivazione di un progetto terapeutico-riabilitativo che può proseguire presso altri reparti, interni oppure esterni alla struttura; è possibile ricoverare anche persone provenienti da altre regioni.

Il Settore Residenziale, in contesto ospedaliero, effettua ricoveri programmati ed interventi di tipo terapeutico-riabilitativi.

Ogni reparto è composto da camere singole e doppie, confortevoli, climatizzate e dotate di servizi igienici, una sala pranzo, un ampio soggiorno con TV, connessione wi-fi e distributori automatici di bevande.

E' presente un importante Centro delle Attività composto da ampi locali e da un giardino interno per un totale di 400 mq, dedicato in maniera esclusiva allo svolgimento di attività terapeutiche, riabilitative e risocializzanti. Il centro è anche dotato di palestra e distributori automatici di bevande

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	 <b>VILLA AZZURRA</b>
---	---	--

La struttura è inoltre dotata di Cappella e Bar interno, di un ampio parcheggio riservato a professionisti e visitatori ed è immersa in un ampio parco privato attrezzato con panchine e tavoli.

Sono presenti operatori distinti nelle seguenti professionalità: medici psichiatri, medici internisti, cardiologi, ecografisti, endocrinologi, otorino, ginecologo, oculista, psicologi, infermieri, OSS, educatori professionali, personale amministrativo, servizi generali.

All'interno della struttura è attivo un poliambulatorio che offre prestazioni specialistiche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, o in solvenza in proprio l'onere della prestazione, per le seguenti specialità:

- Cardiologia
- Cardiologia Vascolare
- Endocrinologia
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Gastroenterologia

La sicurezza del paziente è una dimensione della Governance clinica che sostiene, attraverso di strumenti per l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, l'implementazione di fasi operative e processi che diminuiscono la probabilità di errore che possono comportare rischi e danni per il paziente .

Al fine di perseguire l' obiettivo è stata individuata la funzione di Risk Manager che, in collaborazione con il Servizio Prevenzione Protezione, il Medico Competente, i responsabili dei servizi, il Responsabile Qualità, persegue l'obiettivo di implementare strumenti per monitorare gli eventi avversi finalizzati all'adozione di strategie per aumentare la sicurezza delle prestazioni ad ogni livello dell'organizzazione.

Il Risk Manager effettua l'analisi e la gestione dei rischi attraverso:

- identificazione dei rischi, in stretta collaborazione con i responsabili della struttura, evidenziando le potenziali minacce, anche quelle scarsamente visibili e con bassissime possibilità di evenienza, in particolare tramite metodologie di analisi (FMEA/FMECA, RCA, ) per lo studio dei processi sanitari e l'individuazione delle criticità;
- attivazione e gestione dei sistemi di segnalazione di "eventi avversi" per individuare situazioni critiche e per gestire adeguatamente le comunicazioni e le relazioni con i soggetti interessati a quanto emerso nelle segnalazioni (utenti, operatori sanitari, fornitori);
- rilevazione dei rischi di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitare l'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- misurazione dei rischi tramite una valutazione dell'impatto potenziale nel caso in cui un rischio si trasformi in evento negativo, considerando la probabilità di evenienza e le dimensioni dell'impatto;
- determinazione delle priorità di intervento verso cui orientare gli sforzi con particolare attenzione ai rischi con elevate probabilità di accadimento, individuazione e valutazione delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- definizione ed attuazione, in collaborazione con i responsabili aziendali, delle modalità di gestione dei rischi, dall' assunzione del rischio, agli interventi atti a ridurre la frequenza e la gravità, fino alla gestione dei sistemi di assicurazione;

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	 <b>VILLA AZZURRA</b>
---	---	--

- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture autoassicurative;
- predisposizione di periodiche relazioni per i responsabili aziendali, dove riportare dati e valutazioni sugli andamenti e proporre interventi migliorativi e preventivi;
- predisposizione del piano di comunicazione, Piano Programma, Relazione annuale ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 8 Marzo 2017 n. 24.

Questa organizzazione nel 2022 è stata integrata con la figura del Facilitatore, che in collaborazione con il Risk Manager, svolge le seguenti funzioni:

- promuove la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori, che viene periodicament monitorata con apposito questionario;
- favorisce la segnalazione degli eventi avversi;
- partecipa alle iniziative di analisi dei rischi (partecipazione all'analisi proattiva e reattiva degli eventi);
- sensibilizza gli operatori agli aspetti di gestione della qualità e della sicurezza .

La legge n.24/2017 (c.d. "legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" promuove la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e stabilisce che tutto il personale sanitario partecipi alle attività di prevenzione del rischio clinico, così come indicato nel **Codice Deontologia Medica** 2014 all'art 14 (*"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso ...la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte"*) e nel **Codice Deontologico dell'Infermiere** all'art. 32 (*"L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte"*).

Quindi ogni professionista sanitario viene chiamato attivamente alla partecipazione nella gestione del rischio clinico; l'adesione viene monitorata attraverso il numero delle segnalazioni e la somministrazione periodica del questionario, rivolto al personale, sulla cultura della sicurezza, quale espressione di una effettiva modifica dei comportamenti professionali.

### 3. Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico

La molteplicità di fonti informative individuate dall'azienda per l'acquisizione di informazioni, di seguito indicate, è supportata dal convincimento che la rappresentazione della sicurezza del paziente dipende anche dall'integrazione tra diverse prospettive, indispensabili per realizzare un'immagine quanto più possibile completa; solo dall'acquisizione di informazioni da una pluralità di fonti informative può derivare una rappresentazione quanto più realistica delle questioni relative alla sicurezza delle cure.

Di seguito le schede sinottiche relative alle fonti informative relative all'anno 2023 oggetto di valutazione ed analisi:

Eventi Sentinella	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III – Ministero.</li> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti.</li> <li>• Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2009</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza).</li> <li>• Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari-RER</li> <li>• Istruzione Operativa aziendale “Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella”.</li> <li>• Istruzione Operativa aziendale “Scheda di segnalazione spontanea degli eventi sentinella e Near Miss Incident Reporting”</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il sistema informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) viene alimentato dalle Aziende sanitarie e a livello regionale e costituisce uno strumento informativo fondamentale per individuare nell'attività delle strutture sanitarie gli Eventi “Sentinella”, quegli “eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario” (Ministero della salute). La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica: è uno strumento indispensabile per prevenire le situazioni di rischio.</p> <p>La segnalazione di Eventi Sentinella rientra tra i compiti del Risk Manager, che, ricevuta la segnalazione dagli operatori attiva un'approfondimento e, se confermato l'evento sentinella, procede con l'RCA e comunicazione ai referenti regionali e ministeriali.</p> <p>Annualmente in sede di riunione vengono restituiti i risultati del monitoraggio e le azioni di miglioramento intraprese.</p>
Analisi del rischio ed	Nel 2023 si è verificato un episodio che rientra nell'elenco degli eventi



**RELAZIONE ANNUALE  
SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI  
ALLA SICUREZZA DELLE CURE  
anno 2023**

■ VILLA AZZURRA

eventuali criticità	<p>sentinella individuati dal Ministero della Salute; evento sottoposto ad RCA e segnalato secondo il flusso informativo.</p> <p>Nel 2022 dalla rendicontazione annuale era emersa la criticità di acquisire criteri oggettivi per l'inclusione di un evento in "trauma maggiore conseguente a caduta del paziente", per identificare un evento avverso quale evento sentinella finalizzato alla corretta alimentazione del flusso SIMES.</p> <p>L'implementazione della cultura della sicurezza e del sistema di segnalazione degli eventi ha definito la necessità di una articolazione e interfaccia di più figure professionali, operative sul campo</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>E' stato individuato e applicato nel corso del 2023 dal Gruppo di lavoro un indicatore, il Injury Severity Score (ISS) per la definizione di "trauma maggiore".</p> <p>E' stata inserita la figura del Facilitatore, il Coordinatore Infermieristico, che monitora il percorso delle segnalazioni, sensibilizza e supporta il personale per l'applicazione del percorso.</p>
Prospettive future	Proseguimento dei monitoraggio

### Incident Reporting (IR)

Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regione Emilia Romagna Dossier 86-2003 Il sistema di Incident Reporting nelle organizzazioni sanitarie- Sussidi per la gestione del rischio 2.</li><li>• Regione Emilia Romagna Dossier 146-2007 Gestione del rischio in Emilia Romagna 1999-2007 - Sussidi per la gestione del rischio 8.</li><li>• 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).</li><li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li><li>• DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° Criterio: "Appropriatezza clinica e sicurezza").</li><li>• Istruzione Operativa aziendale "Scheda di segnalazione spontanea degli eventi sentinella e Near Miss Incident Reporting".</li></ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'Incident Reporting è uno strumento di segnalazione volontaria degli <u>eventi avversi</u>, definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario piuttosto che dalla malattia del paziente (Brennan et al. 1991), e dei <u>near miss</u>, 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 ha effetti indesiderati per il paziente (Ministero della Salute, 2007).</p> <p>L'IR è utile all'organizzazione sanitaria per l'identificazione e l'analisi del rischio, la predisposizione di strategie e di azioni di miglioramento con l'obiettivo di migliorare la sicurezza delle cure.</p> <p>La scheda di IR viene compilata anonimamente dagli operatori sanitari (di cui si traccia la qualifica per eventuali azioni mirate di sensibilizzazione alla categoria), la seconda parte viene compilata dai medici formati allo scopo, ne prende visione il Direttore Sanitario e il Risk Manager per la valutazione di eventuali audit o analisi proattiva di un fenomeno emerso, in un clima di sensibilizzazione</p>

	<p>del personale al tema del rischio, della volontarietà, della confidenzialità della segnalazione non soggetta a comportamenti punitivi.</p> <p>Annualmente in sede di riunione vengono restituiti i risultati del monitoraggio e le azioni di miglioramento intraprese; i dati quantitativi (n° segnalazione e esiti) degli IR sono inviati in RER.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Durante il 2022 l'organizzazione aveva ricevuto un numero di segnalazioni in calo rispetto al trend degli anni precedenti. Nel corso del 2023 sono pervenute il 19,5% delle segnalazioni in più rispetto al 2022, risultato auspicato con l'inserimento della figura del Facilitatore nell'organizzazione.</p> <p>Le principali tipologie di eventi avversi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il 55,4% riguarda le cadute (dal 66% rispetto al 2022);</li> <li>• il 10,7% gesti eterodiretti, con esclusione degli atti di violenza contro di operatori che sono stati l'1,9%;</li> <li>• il 13,3% (da 14,7% del 2022) segnalano criticità nel percorso di gestione del farmaco;</li> <li>• il 3,8% eventi di allontanamento.</li> </ul> <p>Relativamente agli esiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gli eventi senza danno, livello di gravità 1-2-3, sono stati il 52% del totale (46% nel 2022, 52% nel 2021, 42,9% nel 2020, 38% nel 2019);</li> <li>• gli eventi con danno moderato, livello di gravità 4-5-6, sono stati il 47,5% (50,3% nel 2022, 46% nel 2021, 57% nel 2020, 61% nel 2018).</li> </ul> <p>Si conferma una sottostima dei quasi-eventi (<i>near miss</i>) mentre risulta maggiormente puntuale la rilevazione di eventi tangibili.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>L'organizzazione dell' "impianto" rischio clinico si è evoluta nel tempo, ma il calo verificatosi nel 2022 ha comportato una riflessione sui vari ambiti di intervento. Nel 2023 è stata inserita la figura del Facilitatore (il Coordinatore Infermieristico) che monitora gli eventi e le segnalazioni, sensibilizza e supporta il personale per l'applicazione del percorso e la valutazione degli eventi, della corretta compilazione (descrizione, chiusura scheda); a questo è probabilmente seguito l'aumento del numero delle segnalazioni.</p> <p>Il monitoraggio delle segnalazioni sulle cadute è stato introdotto quale argomento periodico nelle riunioni di staff dei reparti.</p> <p>In seguito alla FMEA-FMECA svolta nel 2022 si è stata individuata un'azione correttiva nel 2023 su eventi collegati alla gestione dei farmaci determinati da una specifica causa, evento che nel corso dell'anno non si è più ripresentato.</p>
Prospettive future	<p>In sede di analisi dei risultati nel 2023 si è rilevato che l'aspettativa di ridurre significativamente la percentuale degli eventi nel percorso di gestione dei farmaci è stata parzialmente disattesa dall'intercettazione di eventi con diversa causale, dato comunque ritenuto positivo per l'attenzione degli operatori e che apre un'azione correttiva per il 2024.</p> <p>Tuttavia si ritiene un'importante sensibilizzare gli operatori che la redazione dell'IR deve tendere progressivamente ad una maturità del sistema che porta l'organizzazione a prediligere l'atteggiamento proattivo e l'intercettazione dei <i>near miss</i>.</p>

### Formazione e informazione per la Sicurezza delle cure

Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li> <li>• 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).</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma</li> </ul>
--	---



	<p>539).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio: “Appropriatezza clinica e sicurezza”).</li> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III – Ministero.</li> <li>• Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2009 pazienti e delle cure;</li> <li>• Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. “Legge Gelli”) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;</li> <li>• Codice Deontologia Medica 2014 all’art 14</li> <li>• Codice Deontologico dell’Infermiere all’art. 32</li> </ul>																				
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>Gli eventi formativi vengono progettati annualmente considerando la rilevazione del fabbisogno formativo rilevato dalla Direzione di Struttura, dal Gruppo KOS, dai Referenti dei servizi o per l’implementazione di eventuali nuove linee guida, adozione di normative.</p> <p>Viene in seguito svolta la valutazione delle competenze per l’impatto della formazione sui comportamenti professionali.</p>																				
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>I dati del monitoraggio aziendale delle raccomandazioni ministeriali, degli esiti degli eventi, degli infortuni degli operatori, del feedback degli operatori costituiscono parametri di confronto per l’andamento della tenuta del sistema e base per le azioni di miglioramento.</p>																				
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Annualmente vengono inseriti eventi formativi nel Piano di Formazione Aziendale, con tematiche afferenti all’area della sicurezza delle cure, alla base dello sviluppo della cultura sulla sicurezza.</p> <p>Nel 2023 è stata organizzata la partecipazione a gruppi di analisi proattiva FMEA-FMECA relativamente all’evento cadute, con elaborazione di un’azione correttiva per il 2024.</p> <p>Lo scopo di organizzare eventi formativi su questo strumento è stato anche tendere a fornire elementi per prevenire situazioni, tendenze o problemi futuri in modo da pianificare anticipatamente le azioni opportune.</p> <p>Inoltre gli operatori (Medici, Infermieri e OSS) hanno partecipato all’evento residenziale “La relazione con il paziente aggressivo”; i dettagli sono contenuti nella Relazione Annuale sulla Formazione che viene annualmente presentata.</p> <p>Tuttavia l’analisi dei risultati del 2022 ha richiesto un feedback attraverso la raccolta delle opinioni degli operatori sui temi del rischio e quindi nel 2023 è stato riproposto il questionario sulla cultura della sicurezza.</p> <p>Per il terzo anno è stato somministrato il questionario che ha lo scopo di indagare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ il livello di conoscenza di strumenti e metodi per la gestione del rischio clinico dei professionisti sanitari;</li> <li>◦ esplorare le caratteristiche della cultura della sicurezza;</li> <li>◦ considerare le opinioni e le esperienze circa l’utilizzo di strumenti e metodi per la gestione del rischio clinico.</li> </ul> <p>L’adesione rilevata:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ANNO</th> <th>2019</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PROFESSIONISTI</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medici</td> <td>/</td> <td>60%</td> <td>87,5%</td> </tr> <tr> <td>Infermieri</td> <td>58,1%</td> <td>86,8%</td> <td>92,6%</td> </tr> <tr> <td>Psicologi</td> <td>/</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	ANNO	2019	2022	2023	PROFESSIONISTI				Medici	/	60%	87,5%	Infermieri	58,1%	86,8%	92,6%	Psicologi	/	100%	100%
ANNO	2019	2022	2023																		
PROFESSIONISTI																					
Medici	/	60%	87,5%																		
Infermieri	58,1%	86,8%	92,6%																		
Psicologi	/	100%	100%																		



**RELAZIONE ANNUALE  
SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI  
ALLA SICUREZZA DELLE CURE  
anno 2023**

■ VILLA AZZURRA

	Altro (Educ.Prof)	/	100%	100%												
	<p>I dati emersi, cconsiderando il turn over del personale sanitario durante la pandemia, sono stati soddisfacenti e hanno intercettato de4lle aree di miglioramento, ma soprattutto hanno evidenziato un atteggiamento del personale positivo con un'ottima percentuale di operatori che ritiene che la segnalazione degli eventi avversi si un'azione utile per la loro riduzione e utile a migliorare le condizioni di lavoro, esprimendo quindi un feedback positivo. Secondo le seguenti percentuali:</p>															
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ANNO</th> <th style="width: 50%;">2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>PROFESSIONISTI</b></td> </tr> <tr> <td>Medici</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td>Infermieri</td> <td style="text-align: center;">92%</td> </tr> <tr> <td>Psicologi</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td>Altro (Educ.Prof)</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table>				ANNO	2023	<b>PROFESSIONISTI</b>		Medici	100%	Infermieri	92%	Psicologi	100%	Altro (Educ.Prof)	100%
ANNO	2023															
<b>PROFESSIONISTI</b>																
Medici	100%															
Infermieri	92%															
Psicologi	100%															
Altro (Educ.Prof)	100%															
	<p>L'analisi complessiva dei risultati degli altri item ha consentito di individuare aree di criticità (un facilitatore ha coadiuvato il Referente di un servizio per un gruppo di nuovi assunti), ha comportato l'inserimento nell'organizzazione della figura del Facilitatore (con evidenze formative specifiche sul tema del rischio nel curriculum), l'aggiornamento del funzionigramma aziendale, l'audit sulle cadute nello staff multidisciplinare dei reparti di degenza; si precisa che anche l'organizzazione per la gestione del percorso per la prevenzione delle cadute è il risultato di evneti formativi interni ed esterni all'azienda, indicati dalla RER.</p>															
Prospettive future	<p>I risultati attestano un'efficace implementazione della diffusione e delle conoscenze del sistema e degli strumenti per la gestione del rischio. Si prosegue con la pianificazione annuale degli eventi correlati al tema del rischio clinico.</p>															

<b>Segnalazioni e reclami degli utenti</b>	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L. n. 241/1990 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";</li> <li>• DD LLgs n. 502/1992 e n. 517/1993;</li> <li>• L. R. 19/1994 art. 15 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini";</li> <li>• D.P.C.M. 19 Maggio 1995 (Carta dei Servizi e U.R.P.);</li> <li>• Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Programmazione nazionale per la qualità"</li> <li>• Delibera della Giunta Regionale n. 320 del 01/03/2000;</li> <li>• Piano Sanitario Regionale 1999- 2001: Linee Guida per l'adeguamento delle strutture organizzative e degli organismi per la comunicazione con il cittadino nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna";</li> <li>• DGR Emilia-Romagna n. 2302 del 12/12/2016 "Approvazione schema tipo di Regolamento dei Comitati Consultivi Misti istituiti con Legge Regionale n. 19/1994";</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>La qualità dei Servizi e delle prestazioni erogate percepite dagli Utenti sono valutati attraverso l'analisi dei Questionari di Soddisfazione, disponibili presso ogni Servizio al momento dell'ingresso in struttura e da riconsegnare all'uscita depositandoli nelle apposite cassette ubicate nei reparti di degenza e nelle aree ambulatoriali.</p> <p>Per l'area ambulatoriale viene organizzata la possibilità di compilare il</p>

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

	<p>questionario al termine della prestazione.</p> <p>Villa Azzurra garantisce la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni. L'Utente può presentare reclamo direttamente alla Direzione Sanitaria comunicando le proprie osservazioni verbalmente oppure per iscritto, in carta libera o utilizzando un apposito modulo che può ritirare presso il reparto di degenza e la Reception. Sono disponibili cassette dove inoltrare i reclami anche in forma anonima. La Direzione si impegna a rispondere per iscritto alle segnalazioni pervenute non anonime, entro 15 giorni dal ricevimento.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Le aree ritenute di interesse per la gestione del rischio clinico riguardano aspetti tecnico professionali, igienico sanitari, umanizzazione, relazionali.</p> <p>Nel 2023 non sono pervenuti reclami di interesse per la sicurezza delle cure dai reparti di degenza.</p> <p>Essendo rilevante la possibilità di esaminare un numero significativo di questionari, la percentuale di schede consegnate alla dimissione è un obiettivo aziendale annuale, sino ad ora raggiunto.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Prosegue il monitoraggio della customer nei reparti di degenza.</p>
Prospettive future	<p>Prosegue monitoraggio; i dati raccolti nell'area ambulatoriale non vengono considerati conclusivi</p>

Atti di violenza contro gli operatori				
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari -DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICIO III</li> <li>• Legge 14 agosto 2020, n. 113 (testo in calce) recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 9 settembre 2020, n. 224.</li> <li>• Legge 26 maggio 2023 n. 56 – Disposizioni in materia di contrasto degli atti di violenza nei confronti del personale sanitario</li> <li>• Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 novembre 2007</li> <li>• Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i. (articoli 15, 17 e 28).</li> <li>• Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari-RER</li> </ul>			
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>In caso di segnalazione del lavoratore attraverso la compilazione della scheda per la segnalazione di aggressione, il Clinical Risk Manager valuta la convocazione degli operatori per audit. Inoltre deve pervenire ulteriore scheda all'RSPP compilata dal Medico che interviene all'evento.</p> <p>I dati vengono inviati alla RER e presentati al personale.</p>			
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori dipende da diversi fattori quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le caratteristiche individuali dell'utenza e degli operatori;</li> <li>• le caratteristiche dell'ambiente lavorativo e dell'organizzazione.</li> </ul> <p>N° eventi aggressivi sugli operatori/anno</p>			
	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
	0	3	2	2
Interventi/azioni correttive e di	<p>Svolto un incontro con gli operatori sanitari per sottolineare l'importanza delle segnalazioni sugli atti di violenza all'operatore, per rendicontare sulle modalità di</p>			

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>segnalazione degli scorsi anni, per illustrare l'adozione della scheda da utilizzare nel caso si verifichi un evento di questa tipologia (non più l'Incident Reporting ma il "Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori" (da "Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari" per aderire a quanto richiesto dal FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE).</p> <p>Gli operatori sanitari, Medici e Infermieri, e gli OSS hanno partecipato nel 2023 all'evento formativo residenziale "La relazione con il paziente aggressivo", in cui sono stati discussi casi clinici e condividere le competenze specifiche per la gestione dei comportamenti aggressivi sia in termini degli antecedenti che dell'agito stesso.</p> <p>Nel corso del 2023 è stato svolto audit con il Clinical Risk Manager sullo specifico evento.</p> <p>E' stata revisionata la procedura specifica, includendo criteri per attivare l'evento sentinella e per la gestione del "Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori" e del modulo che deve pervenire all'RSPP.</p>
Prospettive future	Essendo un tema trasversale, il Gruppo KOS Care ha progettato un evento formativo in FAD rivolto a tutti gli operatori, anche non sanitari per il 2024.

<b>Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza</b>	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li> <li>• 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).</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° Criterio: "Appropriatezza clinica e sicurezza").</li> <li>• Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella: marzo 2008 Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III – Ministero.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>Il Clinical Risk Manager della Struttura è registrato nel sito di AGENAS, in cui annualmente inserisce i dati richiesti dalla piattaforma per le raccomandazioni applicabili (per quelle non applicabili ne inserisce la motivazione).</p> <p>L'inserimento è preceduto da una verifica dello stato di implementazione della singola raccomandazione con l'utilizzo della check list proposta da Agenas; in questa fase vengono individuate eventuali azioni correttive.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con gli obiettivi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcune circostanze, l'utilizzo delle Raccomandazioni per la prevenzione di eventi sentinella indicano le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi, e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori sanitari.</p> <p>Le griglie di autovalutazione delle Raccomandazioni sono considerate dall'organizzazione quali guide funzionali a supporto della valutazione ed intercettazione di eventuali criticità. Dopo la pubblicazione si è verificato solo 1 caso.</p> <p>Il monitoraggio e la valutazione dei dati viene svolto dal Clinical Risk Manager,</p>

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

	<p>comunque non solo sulla base delle griglie ma anche su quanto perviene dai flussi correlati, quali il flusso di IR che ha portato all'attenzione la percentuale del 2023 quale alert del fenomeno degli allontanamenti, pari a 0 gli anni precedenti, che ha "accelerato" la revisione del documento dedicato, già in programma.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel 2023 è stata implementata la RACCOMANDAZIONE PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE n° 19 con la procedura dedicata "Corretta manipolazione dei farmaci" e revisionata la "Procedura per la gestione dei casi di allontanamento"</p>
<p>Prospettive future</p>	<p>Si continua il monitoraggio richiesto da AGENAS per la prevenzione e gestione degli eventi avversi o sentinella</p>

Farmacovigilanza	
<p>Principale normativa di riferimento/ letteratura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regolamento UE 1235/2010-2 luglio 2012</li> <li>Regolamento di Esecuzione (UE) 520/2012 del 19 giugno 2012</li> <li>Direttiva 2010/84/UE</li> <li>Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228</li> <li>Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.</li> <li>Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano)</li> <li>Linee di indirizzo regionali INTEGRAZIONI E SINERGIE TRA RISK MANAGEMENT E FARMACOVIGILANZA</li> </ul>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso info informativo</p>	<p>A differenza dell'incident report, segnalazione volontaria di evento con/senza danno, la segnalazione di ADR riguarda unicamente eventi con danno, restando esclusi i quasi eventi ed è obbligatoria.</p> <p>Al verificarsi di un evento significativo il personale sanitario deve redigere un incident report, secondo modalità definite localmente in raccordo con le specifiche indicazioni regionali. La segnalazione di eventi significativi con danno riguardante un errore terapeutico (e quindi con manifestazione di sospetta ADR) deve essere oggetto di segnalazione anche nel sistema di Farmacovigilanza. I due sistemi costituiscono pertanto una base di analisi comune per la predisposizione di azioni di miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali.</p> <p>La segnalazione di una sospetta ADR (da farmaci e vaccini, anche quelle di cui si ha solo il sospetto di una possibile correlazione tra farmaco e reazione avversa) consente di ottenere informazioni sulla sicurezza di farmaci e vaccini e permette di individuare "segnali" di allarme ad essi correlati.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità</p>	<p>Per reazione avversa a farmaci si intende una reazione nociva e non voluta conseguente non solo all'uso autorizzato di un medicinale alle normali condizioni di impiego, ma anche agli errori terapeutici e agli usi non conformi alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio, incluso l'uso improprio, l'abuso del medicinale nonché l'esposizione per motivi professionali.</p>

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

	Non sono pervenute schede ADR.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Introduzione della scheda ADR sull'Intranet Aziendale e aggiornamento della procedura di pertinenza E' stata formalizzata responsabilità nel funzionigramma aziendale relativamente alla figura del Direttore Sanitario.
Prospettive future	Monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci.

<b>Contenzione</b>	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibera di Giunta Regionale 1706 del 2009, "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";</li> <li>• Circolare N. 16/2009 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare "Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP", aggiornata nel 2015 con la Circolare 1/2015;</li> <li>• Costituzione-art. 13 inviolabilità della libertà personale;</li> <li>• Costituzione-art. 32;</li> <li>• Codice di Deontologia Medica del 2014, art. 18;</li> <li>• Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019, art. 35</li> <li>• BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE IN OSPEDALE Ultimo aggiornamento Febbraio 2021</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>La contenzione viene considerata un provvedimento d'urgenza, per cui è un evento potenzialmente avverso per quanto attiene al rischio clinico, sia per la possibile compromissione del percorso terapeutico, sia per i rischi legati alla salute fisica e psichica.</p> <p>In cartella clinica viene indicata la motivazione della decisione, con quali precauzioni debba essere attuata la contenzione, le misure di sorveglianza da seguire per evitare danni diretti e indiretti.</p> <p>Il monitoraggio, con presenza continuativa di un operatore, delle diverse figure professionali dell'equipe, viene tracciato nell'apposita modulistica.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Valutazione dell'urgenza connessa alla sicurezza della persona assistita o di terzi all'interno della struttura sanitaria, laddove le condizioni e la patologia dell'interessato possano determinare frangenti di concreto ed effettivo rischio per l'incolumità fisica della persona assistita, del personale sanitario e/o degli altri degenti.</p> <p>Dal 2008 non si effettuano contenzioni.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Vengono adottate modalità assistenziali alternative di tipo clinico-assistenziale, psicologico e ambientale finalizzate a evitare la contenzione, descritte nella procedura aziendale.
Prospettive future	Continua adozione delle misure alternative

<b>Cadute</b>	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;</li> <li>• 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</li> </ul>

	<p>del Rischio clinico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° Criterio: "Appropriatezza clinica e sicurezza").</li> <li>• Raccomandazione Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie n. 13</li> <li>• Raccomandazione della regione Emilia Romagna linee di indirizzo sulle cadute in ospedale</li> </ul>																
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>In seguito a caduta l'operatore compila la Scheda di Incident Reporting, il Clinical Risk Manager ne prende visione, valutando l'opportunità di richiedere ulteriori notizie attraverso l'audit dallo stesso condotto.</p> <p>Periodicamente, dal 2023, ogni equipe di reparto procede, durante lo staff multidisciplinare, allo svolgimento di audit (secondo il modello allegato alla Raccomandazione della regione Emilia Romagna -linee di indirizzo sulle cadute in ospedale) se presenti eventi cadute.</p> <p>Annualmente i dati relativi al numero delle cadute rilevati con Incident Reporting vengono inviate alla RER</p>																
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Le azioni finalizzate a prevenire il rischio caduta sono indicate nella specifica procedura aziendale, risultato dell'adesione al progetto regionale per la diffusione delle linee guida LIRCO.</p> <p>Di seguito il numero di cadute segnalato con gli Incident Reporting:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>N° totale di cadute di degenti</b></td> <td>51</td> <td>65</td> <td>89</td> <td>79</td> <td>104</td> <td>87</td> <td>87</td> </tr> </tbody> </table>		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	<b>N° totale di cadute di degenti</b>	51	65	89	79	104	87	87
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023										
<b>N° totale di cadute di degenti</b>	51	65	89	79	104	87	87										
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Nel 2023 si è svolta FMEA-FMECA sull'evento caduta con la partecipazione del personale medico e infermieristico e l'apertura di azioni correttive per il 2024.</p> <p>In seguito agli audit svolti durante lo staff di reparto, 28 audit, vengono monitorate le azioni di miglioramento proposte (il 60% dei pazienti per cui sono state aperte azioni di miglioramento non sono più caduti).</p> <p>Si è svolto audit con il Clinical Risk Manager per un caso complesso ed emblematico, da cui è emersa la necessità di revisionare la scheda di audit sull'evento caduta e continuare il monitoraggio con ulteriori dati.</p>																
Prospettive future	<p>Si mantiene l'informazione rivolta a tutti i pazienti ricoverati, gli interventi educativi rivolta ai pazienti ritenuti a rischio di caduta con la valutazione multifattoriale e il giro della sicurezza semestrale per la sicurezza ambientale e lo svolgimento dell'audit durante gli staff.</p>																

### Gestione sinistri e comunicazione con i Cittadini

Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge 8 novembre 2012 n. 189 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158)</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015)</li> <li>• Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".</li> <li>• Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"</li> <li>• DGR 1706/2009 RER con oggetto "Individuazione di aree di miglioramen-</li> </ul>
--	---

	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

	<p>to della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta Europea dei Diritti del Malato- 30 marzo 1994- art 19</li> <li>• Convenzione di Oviedo</li> </ul>										
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>La gestione dei sinistri è centralizzata a livello di gruppo: le richieste risarcitorie e le segnalazioni ricevute, tramite email o PEC o per posta ordinaria, sono prese in carico dal team Risk Management centrale che le gestisce insieme al broker e alla compagnia assicurativa, interessando la struttura per l’ottenimento della documentazione e le informazioni necessarie per svolgere l’istruttoria e per la definizione del profilo di rischio.</p> <p>A seguito dell’istruttoria, viene definita la strategia di gestione del sinistro (rigetto, tentativo di definizione <i>pro bonis pacis</i>, attesa di azione giudiziale da controparte).</p>										
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Due volte l’anno viene organizzato il Comitato valutazione Sinistri a cui partecipano il team Risk Management di Gruppo, la Direzione Medica, il broker e la compagnia assicurativa; nel corso del quale vengono recepite e valutate le riserve trasmesse dalle compagnie assicurative e, a valle dello stesso, quantificata l’esposizione della società con conseguente stanziamento a bilancio del relativo fondo rischi.</p> <p>Inoltre, viene prodotta semestralmente una valutazione di sintesi dei sinistri in gestione e del relativo profilo di rischio della società portata all’attenzione delle figure apicali e degli organi di controllo (Comitato controllo rischi e Collegio Sindacale); nella sintesi è presente anche un’analisi dei sinistri per tipologia di danno e per esito dell’evento.</p>										
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Implementazione aziendale del Clinical Risk Management. Monitoraggio del contenzioso.</p> <p>Risarcimenti:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.000</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Per la copertura RCTO, Villa Azzurra è assicurata con: Am Trust n° RCH00020000209 Certificato KOS Care Area Rehab</p>	2019	2020	2021	2022	2023	4.000	0	0	0	0
2019	2020	2021	2022	2023							
4.000	0	0	0	0							
Prospettive future	<p>Proseguire nell’integrare le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l’errore.</p>										

Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	
Principale normativa di riferimento/ letteratura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costituzione artt. 32 e 117.</li> <li>• Ciclo della Preparedness (Fonte Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie)</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso info informativo	<p>Viene svolta dal personale sanitario una sorveglianza per il riconoscimento dei sintomi e dei rischi di infezione per l’attuazione degli interventi, secondo quanto indicato dai protocolli operativi, in cui sono contenute sia di azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi), sia di interventi di preparazione alle emergenze (vedi evento epidemico).</p> <p>La presa in carico del paziente per il COVID si tipizza alla ricerca di eventuale sintomatologia evocativa.</p> <p>Alla rilevazione di un caso interno alla struttura la segnalazione viene inviata al Direttore Sanitario e al Dipartimento di Sanità Pubblica</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>La gestione delle infezioni, incentrata prevalentemente dal 2020 sul Covid, ha evidenziato il pericolo di uno sviluppo di nuove resistenze nei contesti ospeda-</p>



	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE anno 2023</b>	
---	---	---

	lieri in cui incentrano gli sforzi per le infezioni correlate alle pratiche assistenziali.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel 2023 sono state sottoposte a periodica revisione le specifiche procedure sul lavaggio delle mani e delle infezioni ospedaliere, che individua le precauzioni standard, l'insieme di misure barriera e di comportamenti atti a prevenire la diffusione dei germi, precauzioni basate sulle vie di trasmissione, i DPI. Gli ambienti vengono sanificati con disinfettanti dotati di azione virucida. Sono state mantenuti lo screening all'ingresso del paziente, le mascherine FFP2 nei reparti di degenza, la diffusione al pubblico delle indicazioni di sicurezza dall'Istituto Superiore di Sanità e Ministero della salute.
Prospettive future	Attualmente in corso la revisione della procedura per il percorso "sporco-pulito"

## 5. Conclusioni

L'obiettivo strategico aziendale si fonda sull'idea di sviluppare una cultura che tende gradualmente passaggio da un sistema burocratico (disponiamo di sistemi per gestire i pericoli) ad un sistema generativo (la sicurezza fa parte del nostro modo di operare, attenzione alla propria mission), che esprime "gli atteggiamenti, le convinzioni, le percezioni e i valori condivisi dai lavoratori in relazione alla sicurezza" Cox, S. & Cox, T.-1991- *The structure of employee attitudes to safety - a European example Work and Stress, 5, 93 - 106* e che riflette "il modo in cui ogni organizzazione fa sicurezza"[Jump up ZCBI (1991) *Developing a Safety Culture.*, Confederation of British Industry, London.].

Riolo Terme, 28/03/2024

Clinical Risk Manager

Dott. Cosimo Argentieri

