



**Fondazione**  
CENTRI DI RIABILITAZIONE  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
RGRC



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA  
EVENTI AVVERSI  
P.T.R.R.F. “GLI ANGELI DI PADRE PIO”  
(L. 28 dicembre 2015, n. 208 e L. 08 marzo 2017, n. 24)**

**ANNO 2018**

DESCRIZIONE	DATA	REDATTA	VERIFICATA	APPROVATA
Seconda stesura	31.03.2019	RGRC	DS e RR.SS.	DE



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **INDICE**

<b>Acronimi</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Definizioni</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Premessa: riferimenti normativi</b>	<b>pag. 5</b>
<b>Introduzione</b>	<b>pag. 6</b>
<b>Raccomandazioni Ministero della Salute</b>	<b>pag. 7</b>
<b>Eventi Sentinella</b>	<b>pag. 8</b>
<b>Gestione del Rischio Clinico</b>	<b>pag. 9</b>
<b>Risultati</b>	<b>pag. 10</b>
<b>Notizie inerenti</b>	<b>pag. 12</b>
<b>Iniziative messe in atto</b>	<b>pag. 13</b>
<b>Iniziative da mettere in atto nell'anno 2019</b>	<b>pag. 14</b>
<b>Bibliografia e sitografia</b>	<b>pag. 17</b>



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **ACRONIMI:**

**P.T.R.R.F.: Presidio Territoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale**

**RGRC: Responsabile Gestione Rischio Clinico**

**DS: Direttore Sanitario**

**RR.SS.: Responsabili Sanitari di Nucleo (medici)**

**DE: Direzione Esecutiva (Direzione Generale)**

**SWK: Safety Walk Rounds**



**Fondazione**  
CENTRI DI RIABILITAZIONE  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
RGRC



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## DEFINIZIONI:

- **Audit clinico:** metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte;
- **Evento Avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile";
- **Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. È sufficiente che l'evento si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive;
- **Near miss (o quasi evento):** errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente;
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, di conseguenza, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive;
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **PREMESSA: RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **ART. 1, LEGGE N. 208/2015**

**538.** La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

**539.** Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che **tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:**

- a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;
- b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) 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 auto-assicurative.

**540.** L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

### **ART. 2, LEGGE N. 24/2017**

**5.** All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: “d-bis”) predisposizione di una **relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi** verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007

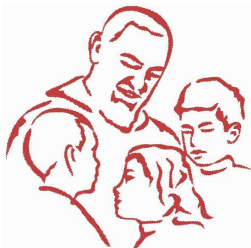


CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## INTRODUZIONE

Il Responsabile della Gestione del Rischio Clinico della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, effettua normalmente il monitoraggio degli eventi avversi segnalati dagli operatori della Struttura e, ove opportuno, richiede agli operatori un'analisi approfondita degli stessi o fornisce il proprio supporto nell'indagine necessaria per individuarne le cause, i fattori contribuenti e le azioni da adottare per prevenire l'occorrenza di eventi analoghi.

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, all'art. 2 comma 5, prevede la "predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto". Pertanto, nel presente documento, redatto in ottemperanza alla suddetta legge, saranno presentati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella segnalati dagli operatori al RGRC della Fondazione nell'anno 2018, nonché le attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il riverificarsi di tali eventi. Saranno inoltre riportati i risultati dell'analisi delle richieste risarcimento pervenute nello stesso anno, nell'ambito del contenzioso medico-legale, per una identificazione ex post di eventuali aree di criticità, potenzialmente a rischio di occorrenza di analoghi eventi avversi/near miss.



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

Il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, ha elaborato, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, le raccomandazioni elencate di seguito, ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

- 1.** Raccomandazione n. 18 per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;
- 2.** Raccomandazione n. 17 per la riconciliazione farmacologica;
- 3.** Raccomandazione n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita;
- 4.** Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso (n. 15);
- 5.** Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (n. 14);
- 6.** Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (n. 13);
- 7.** Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" (n. 12);
- 8.** Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) (n. 11);
- 9.** Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (n. 10);
- 10.** Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (n. 9);
- 11.** Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (n. 8);
- 12.** Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (n. 7);
- 13.** Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (n. 6);
- 14.** Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 (n. 5);
- 15.** Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale (n. 4);
- 16.** Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura (n. 3);
- 17.** Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (n. 2);
- 18.** Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema (n. 1).



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## EVENTI SENTINELLA

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

- a)** morte;
- b)** disabilità permanente;
- c)** coma;
- d)** stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione;
- e)** trauma maggiore conseguente a caduta di paziente;
- f)** trasferimento ad una unità semi-intensiva o di terapia intensiva;
- g)** reintervento chirurgico;
- h)** rianimazione cardio-respiratoria;
- i)** richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio violenza subita nell'ambito della struttura;
- j)** reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.





**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

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

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

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

Tutto ciò presuppone l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, il loro trattamento, il monitoraggio nel tempo e la creazione di soluzioni organizzative ad essi orientate. Nell'ambito della funzione di gestione del rischio clinico due sono gli ambiti d'intervento: proattivo e reattivo.

L'ambito proattivo ha lo scopo di prevenire gli eventi indesiderati e comprende le seguenti azioni:

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

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

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



## RISULTATI

Nell'anno 2018 si sono verificati presso il P.T.R.R.F. "Gli Angeli di Padre Pio", n. 8 cadute accidentali, tutte senza gravi conseguenze. **La maggior parte degli eventi si è verificata per imprudenza o instabilità posturale dei pazienti (CAUSE).**

L'età media dei pazienti era di 66,67 anni. La maggior parte delle segnalazioni (5) ha riguardato individui di genere maschile (62,5%. Vd. Grafico n. 1).

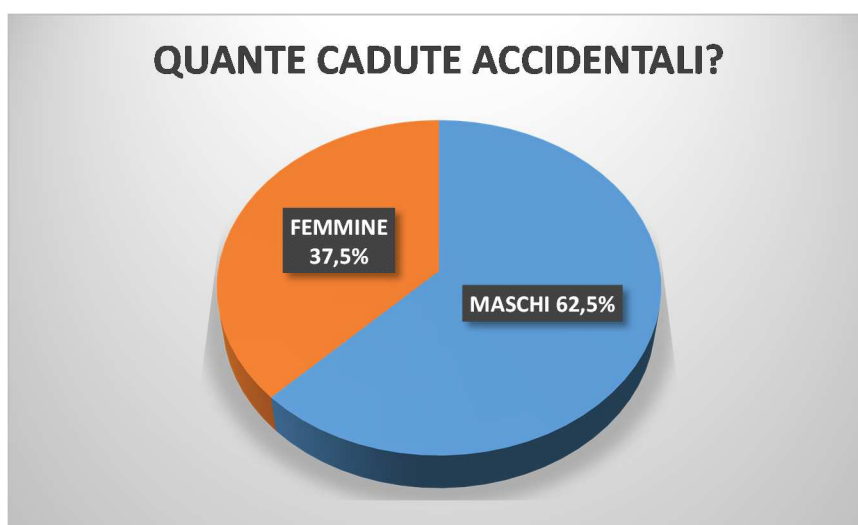


Grafico n. 1

L'analisi delle segnalazioni ha permesso inoltre di individuare come le sedi più frequenti delle cadute siano state il bagno (n. 3, pari al 37,5%) e la stanza di degenza (n. 2; 25%), seguite dalla piscina, giardino e corridoio (n. 1 per sede, pari al 12,5%). Vedi Grafico n. 2)

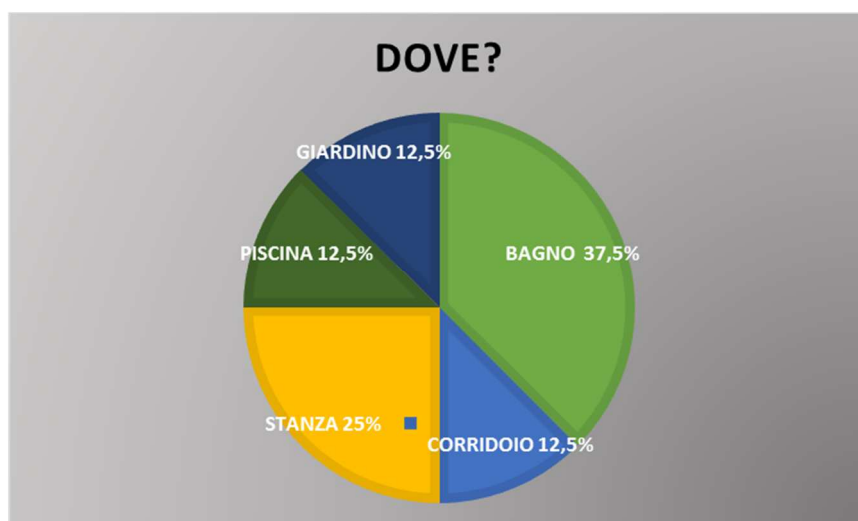


Grafico n. 2

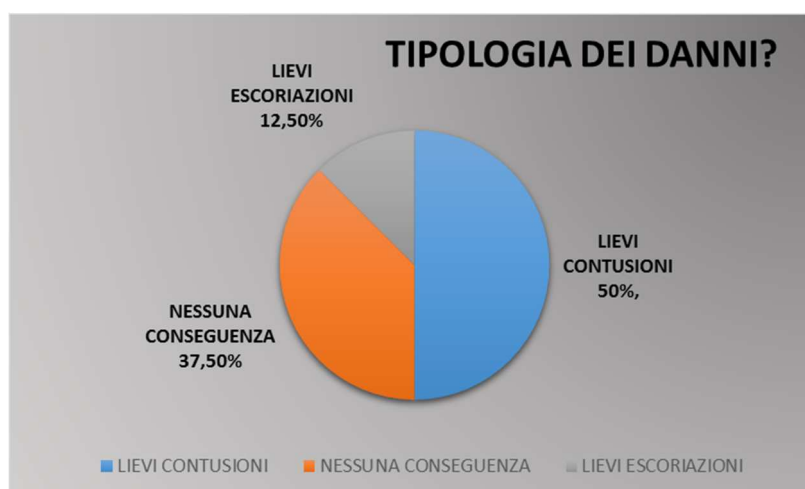


E' importante considerare che la caduta è un evento causato da un'interazione complessa di fattori legati alle condizioni di salute del paziente (intrinseci), agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura (estrinseci), oltre che alle circostanze, non sempre identificabili con precisione. Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento è accaduto appare evidente come gli eventi verificatisi nel 2018 siano decisamente maggiori per numero durante il mattino (n. 7; 87,5%) che durante il pomeriggio (n. 1; 12,5%) e assenti durante le ore notturne (Vd. Grafico n. 3).



**Grafico n. 3**

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 37,50% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, mentre il 50% ha riportato lievi contusioni e il 12,50% lievi escoriazioni senza ematomi o altre complicanze degne di nota (Vd. Grafico n. 4).



**Grafico n. 4**

Nessuno degli eventi ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza né risulta, al momento, alcuna richiesta di risarcimento. Peraltro nessun risarcimento è stato erogato in relazione agli eventi verificatisi nel corso dell'anno 2017.



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **NOTIZIE INERENTI**

### **ALTRI EVENTI AVVERSI E/O EVENTI SENTINELLA**

Nell'anno 2017 e 2018, non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella.

### **RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI**

Nell'anno 2017 e 2018 non vi sono stati reclami o suggerimenti in merito al rischio clinico.

### **INFORMATIVA (ART. 10 COMMA 4, LEGGE N.24/2017)**

Ai sensi dell'art.10 comma 4 legge 24/2017, la Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, ha stipulato regolare contratto assicurativo per l'anno 2018 con la compagnia UNIPOL SAI Polizza n. 161006229 - Ramo 65 - Prodotto 2001 - Scadenza 31/12/2019

### **RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO**

Premesso che il legislatore:

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

**NELL'ULTIMO QUINQUENNIO LA FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS NON HA EROGATO ALCUN RISARCIMENTO**



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **INIZIATIVE MESSE IN ATTO**

### **1) Richiesta di relazione sugli eventi avversi**

L'ufficio Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento avverso verificatosi all'interno dei Presidi della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, ha richiesto una dettagliata relazione al personale medico e delle Professioni Sanitarie presenti in turno, stimolando in questo modo l'analisi del caso.

### **2) Analisi degli eventi avversi segnalati**

Per ogni evento avverso segnalato nel 2018, il Responsabile della Gestione del Rischio Clinico ha fornito un idoneo supporto all'analisi dello stesso e, in particolare, all'individuazione dei fattori che avevano contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con evidenziazione delle criticità migliorabili e definizione di un piano d'azione e di raccomandazioni rivolte anche ai pazienti, al fine di ridurre la probabilità di un nuovo evento. Nella maggior parte dei casi l'analisi dell'evento sentinella è stata motivo di discussione del caso in riunione di Team, più raramente attività di audit.

### **3) Organizzazione e realizzazione del Corso di formazione (ECM): "Il Rischio Clinico"**

Il Corso, finalizzato alla formazione di tutti i professionisti sanitari, ha avuto i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare il personale sulla necessità di azioni corrette a garantire la massima sicurezza del paziente, focalizzando l'attenzione sulla prevenzione degli eventi cadute in ambito sanitario;
- fornire gli strumenti e i metodi utilizzabili e necessari per la gestione dei rischi;
- far comprendere l'importanza della segnalazione di eventi avversi, near miss ed eventi sentinella e le modalità con cui le segnalazioni devono essere correttamente effettuate;
- formare gli operatori sulla prevenzione del rischio clinico attraverso l'applicazione di linee guida, raccomandazioni ministeriali, procedure interne, buone pratiche cliniche;
- fornire un atteggiamento multidisciplinare sulla prevenzione e gestione delle cadute, dall'epidemiologia del fenomeno alla valutazione del rischio e ai relativi flussi informativi.



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## **INIZIATIVE DA METTERE IN ATTO NELL'ANNO 2019:**

### **1) Attività di Safety Walkaround**

Il Safety Walkaround (SWR) si realizza con l'effettuazione, da parte di un gruppo dirigenziale, di una visita, percorrendo insieme (giro) agli operatori i corridoi e le stanze delle unità operative. Durante tale giro il gruppo avvia una conversazione, con una o più interviste a soggetti (pazienti, operatori, volontari) singoli o in gruppo, finalizzata ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti. Durante tale giro tutti sono protagonisti, perché concorrono a identificare i rischi ma anche ad individuare misure da adottare per ridurli o eliminarli, e successivamente sono impegnati anche direttamente a portare avanti alcune di queste misure, mentre altre, da introdurre a livello di sistema, vengono intraprese ai livelli superiori.

Questo metodo consente di confrontarsi e reciprocamente formarsi, sia durante i giri che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni. La possibilità di 'esserci' ed esprimere le proprie opinioni sviluppa il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno nella stessa. Nel contempo consente il propagarsi della cultura delle responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli ed in tutte le fasi.

Il SWR ha quindi molteplici vantaggi, immediati nel momento in cui consente di identificare rischi ed agire rispetto agli stessi, ma anche di formazione di tutte le persone coinvolte e di sviluppo della cultura istituzionale della sicurezza del paziente.

Il SWR, in definitiva, consente di identificare misure di prevenzione da introdurre.

### **2) Obbligo di somministrazione a tutti gli Utenti della Scala di Valutazione di Conley**

La caduta del paziente in regime di degenza ospedaliera rappresenta un evento potenzialmente molto dannoso e che, entro certi limiti, può e deve essere evitato.

Si possono distinguere:

- cadute accidentali: la persona cade incidentalmente;
- cadute fisiologiche imprevedibili: la persona cade per via di una condizione fisica non prevedibile fino al verificarsi dell'evento (ad esempio in seguito ad una frattura patologica di femore);
- cadute fisiologiche prevedibili: cadute che si verificano in soggetti esposti a fattori di rischio preventivabili.

La Scala Conley è uno strumento di valutazione che, in base all'analisi di una serie di variabili alle quali vengono assegnati dei punteggi, consente di esprimere il grado di rischio di caduta per un determinato paziente.

La Scala Conley è strutturata in due parti, concernenti rispettivamente:

- le (eventuali) precedenti cadute: domande dirette al paziente o, in caso di gravi deficit fisici o cognitivi, al caregiver; in assenza di caregiver, l'infermiere consulterà la documentazione disponibile;



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



- il deterioramento cognitivo: attraverso l'accertamento infermieristico si valutano la marcia, lo stato di agitazione e quello della capacità di giudizio.

### **3) Notifica a tutto il personale del P.T.R.R.F delle procedure per la prevenzione delle cadute**

La compressione del rischio da caduta del Paziente in una Struttura Sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale. Secondo le recenti Raccomandazioni Ministeriali, le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli Operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive". (Raccomandazione n. 13 Novembre 2011- Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie). Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli Ospedali e nei vari setting assistenziali. E' fondamentale che Operatori, Pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato, costante e attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

La necessità di produrre un procedura aziendale è dovuta alla valenza fortemente negativa che l'evento può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché alle conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per gli Operatori coinvolti.

Il documento si colloca nell'ambito delle attività aziendali di Risk Management e risponde alla necessità, fortemente raccomandata anche dal Ministero della Salute, di prevenire le cadute dei Pazienti in Struttura.

Le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.

Le cadute possono determinare nei Pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita.

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali.

#### **Obiettivi:**

- Identificare i fattori che espongono il Paziente a rischio cadute;
- Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli incidenti;
- Migliorare la consapevolezza di Operatori e Pazienti nella prevenzione delle cadute;
- Comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, ridurre le conseguenze;
- Migliorare la relazione con i Pazienti e i familiari a seguito della caduta;
- Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di Paziente";
- Standardizzare modalità reattive all'evento avverso e favorire il pronto recupero della Persona assistita;
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta.



**Fondazione**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
**RGRC**



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

#### **4) notifica a tutto il personale del P.T.R.R.F. delle procedure per la prevenzione dei rischi attualmente identificati:**

piano vaccinazioni, lavaggio sociale delle mani, prevenzione del suicidio di paziente, prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero), prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

#### **5) Inizio percorso accreditamento internazionale JCI e adeguamento di processi e procedure**

In Italia, Joint Commission International e Progea conducono un percorso in partnership nella diffusione della metodologia della qualità e della gestione del rischio per le organizzazioni sanitarie. Qualità e rischio clinico rappresentano gli elementi centrali su cui si basa l'approccio Joint Commission International (JCI), anche all'interno dei suoi strumenti di lavoro (e.g. i manuali).

Joint Commission on Accreditation of Hospitals è nata nel 1951 dalla collaborazione di un gruppo di quattro organizzazioni di erogatori sanitari per continuare il lavoro nell'identificazione, implementazione e verifica di un set di standard per il miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure, iniziato nel 1918 dall'American College of Surgeons (ACS).

Nel corso degli anni Joint Commission ha continuamente revisionato gli standard ospedalieri per tener conto dei continui cambiamenti nel mondo sanitario, perfezionando una metodologia strutturata e studiata per garantire al paziente una base su cui contare nella scelta dell'erogatore delle cure.

Tuttavia un sistema sanitario rappresenta una realtà ben più complessa rispetto ad un insieme di ospedali per acuti; infatti al suo interno convivono molti erogatori di servizi essenziali per la cura dei pazienti. Per questo motivo, Joint Commission ha continuato il suo lavoro nell'identificazione di standard di qualità in diverse aree, con la stesura di manuali per il trasporto sicuro del paziente, le strutture ambulatoriali, il continuo di cure, i laboratori clinici e molto altro ancora.

All'interno di questi manuali, sono ricorrenti i riferimenti al rischio clinico e ai comportamenti attesi per una sua efficace prevenzione e gestione.

Per realizzare l'obiettivo sicurezza delle cure, comunque, Joint Commission crea programmi ad hoc per:

- 1) assistere l'organizzazione nel capire il proprio impegno nella sicurezza del paziente;
- 2) valutare la capacità dell'organizzazione di cambiare e sostenere il miglioramento della performance;
- 3) identificare all'interno dell'organizzazione:
  - le minacce alla sicurezza del paziente;
  - i processi e sistemi di cura da ridisegnare per ridurre ulteriormente i rischi ai pazienti;
  - il livello di attenzione e di supporto per l'erogazione di cure sicure per i propri pazienti;
  - un piano d'azione per rafforzare le cure e le pratiche che più mettano al sicuro i pazienti.





**Fondazione**  
CENTRI DI RIABILITAZIONE  
**PADRE PIO ONLUS**  
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA  
RGRC



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY  
MANAGEMENT SYSTEM

## BIBLIOGRAFIA

### 1. Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus – Atti in archivio:

- manuale Organizzativo Aziendale;
- regolamento Organizzativo;
- piano Annuale Rischio Clinico;
- allegato contratto individuale medici;
- manuale della Qualità;
- Regolamenti Regionali 3/2005 e n. 3/2010;
- Regolamento Regionale n.12/2015;
- Legge Regionale Puglia n. 9/2017.

2. Deliberazione della Giunta Regionale 23 giugno 2014, n. 1310: Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure “Incident Reporting”.

3. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 “Gestione del rischio clinico  
□ Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti”.

4. Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.

5. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.

## SITOGRAFIA

1. [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?lingua=italiano&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=qualita&menu=sicurezza) (Relativamente a: glossario, monitoraggio eventi sentinella e raccomandazione agli operatori).