



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



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 2019

DESCRIZIONE	DATA	REDATA	VERIFICATA	APPROVATA
Terza Anno Ed. 2019	31.01.2020	RGRC <i>Dr. Giacomo F. Forte</i>	Area Sanitaria <i>Dr.ssa Serena Filoni</i>	Presidente CdA <i>Fr F.sco Colacelli</i>



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



INDICE

Acronimi	pag. 3
Definizioni	pag. 4
Premessa: riferimenti normativi	pag. 5
Introduzione	pag. 6
Raccomandazioni Ministero della Salute	pag. 7
Eventi Sentinella	pag. 9
Gestione del Rischio Clinico	pag. 10
Risultati	pag. 11
Notizie inerenti	pag. 13
Iniziative messe in atto negli anni precedenti	pag. 14
Iniziative adottate nell'anno 2019	pag. 15
Iniziative pianificate per l'anno 2020	pag. 21
Bibliografia e sitografia	pag. 22



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



BS OHSAS 18001:2007



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

CIO: Comitato Infezioni Ospedaliero



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



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



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 2019**, nonché le attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il verificarsi 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

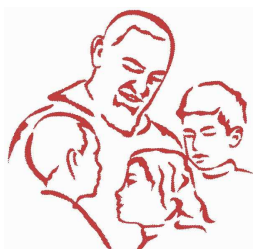


RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

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.

Le raccomandazioni sono oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio 3 - Direzione generale della programmazione sanitaria, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, Agenas, AIFA, ISS, Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle Cure – Sub Area Rischio Clinico, Società scientifiche e altri stakeholder.

RACCOMANDAZIONI			
Numero	Titolo	Data	Allegati
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	-
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	-
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	-
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	-
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	All.1 alla raccomandazione 15 (doc, 30 Kb) All.2 alla raccomandazione 15 (doc, 180 Kb)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012	-
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	All.1 alla raccomandazione 13 (doc, 176 Kb)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010	All.1 alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	All.1 alla raccomandazione 11 (doc, 178 Kb)
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	All.1 alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY
MANAGEMENT SYSTEM

RACCOMANDAZIONI

Numero	Titolo	Data	Allegati
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	All.1 alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	All.1 alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb) All.2 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb) All.3 alla raccomandazione 7 (pdf, 80 Kb)
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb) All.2 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Gennaio 2020 (prima edizione Marzo 2008)	
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 Kb) All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 60 Kb) All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008	-



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



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



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.



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



BS OHSAS 18001:2007



RISULTATI

Nell'anno 2019 si sono verificati presso il P.T.R.R.F. "Gli Angeli di Padre Pio", **n. 40** cadute accidentali, tutte senza gravi conseguenze e **n. 2** Near Miss. **La maggior parte degli eventi si è verificata per imprudenza o instabilità posturale dei pazienti in stanza, in bagno o durante la deambulazione (CAUSE).** In n. 3 casi, mentre passeggiavano all'esterno della struttura.

L'età media dei pazienti è di 57 anni. Anche nell'anno 2019, la maggior parte delle segnalazioni ha riguardato individui di genere maschile (Grafico n. 1).

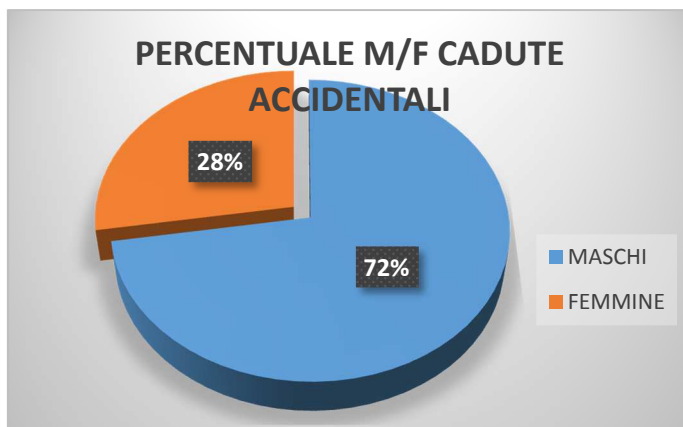


Grafico n. 1

L'analisi delle segnalazioni ha permesso inoltre di individuare come le sedi più frequenti delle cadute siano state le stanze di degenza (37%) bagni (20%), corridoi (20%), trasferte operate in varie zone della struttura (13%. Valore evidenziato separatamente per l'importanza che riveste), giardino (8%) e locali di terapia (2%). Grafico n. 2).



Grafico n. 2

E' importante considerare che le cause principali degli eventi sono stati causati da un'interazione complessa di fattori legati alle condizioni di salute del paziente (intrinseci), agli aspetti organizzativi, alle



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



BS OHSAS 18001:2007



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 anche gli eventi del 2019 siano decisamente maggiori per numero quelli verificatisi durante il mattino (87,5%) piuttosto che durante la sera (12,5%) o nel pomeriggio (Grafico n. 3).

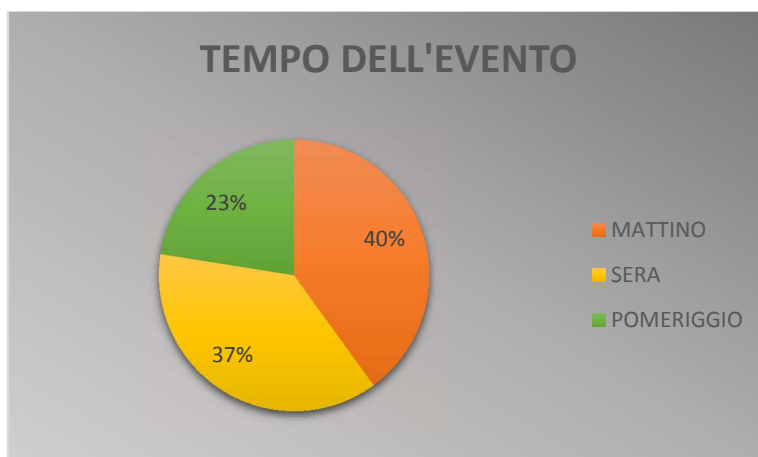


Grafico n. 3

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 75% dei casi, l'assistito non ha riportato alcun tipo di danno, mentre, nel 18% ha riportato lievi escoriazioni e nel 7% lievi contusioni senza complicanze degne di nota (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 e 2018.

Nell'anno 2019, probabilmente anche grazie a un cambiamento culturale dovuto all'accreditamento internazionale, sono stati segnalati anche due "near miss" rimasti tali grazie alla presenza e intervento degli operatori.



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY
MANAGEMENT SYSTEM

NOTIZIE INERENTI

ALTRI EVENTI AVVERSI E/O EVENTI SENTINELLA

Nell'anno 2017, 2018 e 2019, non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella.

RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI

Nell'anno 2017, 2018 e 2019 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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



INIZIATIVE MESSE IN ATTO NEGLI ANNI PRECEDENTI

1) Richiesta di relazione sugli eventi avversi

Il Responsabile della Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento avverso verificatosi all'interno dei Presidi della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, è in possesso delle schede di segnalazione debitamente compilate e, all'occorrenza, una dettagliata relazione al personale medico o delle professioni sanitarie presenti in turno (analisi del caso).

2) Analisi degli eventi avversi segnalati

Per ogni evento avverso segnalato nel 2017 e 2018, il Responsabile della Gestione del Rischio Clinico ha effettuato, insieme alla Direzione Sanitaria del Presidio e al personale interessato, un'analisi dello stesso e, in particolare, operata l'individuazione dei fattori che hanno 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.

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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



INIZIATIVE ADOTTATE 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



BS OHSAS 18001:2007



- 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



Organization Accredited
by Joint Commission International



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) Accredитamento internazionale JCI e adeguamento a processi e procedure

La Joint Commission International conduce 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 (es. I manuali).

La 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 a un insieme di ospedali per acuti; infatti al suo interno convivono molti erogatori di servizi essenziali per la cura dei pazienti. Per questo motivo, la 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.

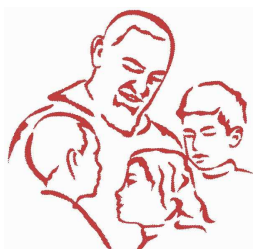
All'interno di questi manuali, sono ricorrenti i riferimenti al rischio clinico e ai comportamenti attesi per una sua efficace prevenzione e gestione.

Per realizzare l'obiettivo sicurezza delle cure, comunque, la 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.

A giugno 2019, il Presidio Territoriale di Recupero e Riabilitazione Funzionale è stata accreditato dalla JCI, dimostrando di applicare procedure e processi dettati dall'Organizzazione e attuando ogni misura di sicurezza per gli assistiti e per gli operatori.

Di seguito, la documentazione di cui sopra, in utilizzo al Presidio.



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



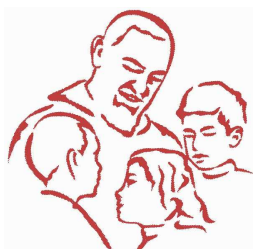
Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



TITOLO	CODICE	DATA	STANDARD JCI	REV.	ENG.
POLITICA PER LA QUALITA'		10.10.2018		1	
ETICA AZIENDALE		27.04.2017		0	
PIANO DELLA QUALITA' E RISCHIO CLINICO		15.01.2019		1	
MANUALE VALUTAZIONE COMPETENZE		10.10.2018		0	
PIANO GESTIONE FARMACI E DISPOSITIVI		12.01.2019		1	
PIANO VACCINALE "GLI ANGELI DI PADRE PIO"			SQE 8.4	0	
IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PRO JCI 1	18.02.2019	IPSG 1	1	X
COMUNICAZIONI VERBALI E TELEFONICHE	PRO JCI 2	17.01.2019	IPSG 2	0	X
LAVAGGIO DELLE MANI	PRO JCI 3	19.02.2019	IPSG 5	1	X
PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE	PRO JCI 4	19.02.2019	IPSG 6	1	X
MODALITA' DI ACCESSO	PRO JCI 5	30.11.2018	RAA 1	0	X
CARTELLA CLINICA	PRO JCI 6	25.02.2019	RAA 2 – RAA 2.1 – RRR10 – CIM 18.2	2	X
VALUTAZIONI PERSONALIZZATE	PRO JCI 7	18.01.2019	RAA 2.2	0	X
VALUTAZIONE ABUSO, ABBANDONO, MALTRATTAMENTO	PRO JCI 8	18.01.2019	RAA 2.2.1	0	
VALUTAZIONE NUTRIZIONALE + PEG	PRO JCI 9	18.01.2019	RAA 2.3 – RCC 5.2	0	
VALUTAZIONE E GESTIONE DOLORE	PRO JCI 10	18.01.2019	RAA 3 – RCC 7	0	
SERVIZI DI LABORATORIO	PRO JCI 11	21.05.2019	RAA 5	1	X



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



Organization Accredited
 by Joint Commission International

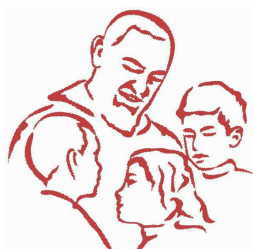


BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY
 MANAGEMENT SYSTEM

GESTIONE TRASFERIMENTO UTENTI	PRO JCI 12	05.05.2019	RCC 9	0	
POLITICA GESTIONE E SICUREZZA DELLE INFRASTRUTTURE	PRO JCI 13	30.11.2018	MSE	0	
GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE	PRO JCI 14	20.01.2019	MSE 8	2	X
REGOLAMENTO DIVIETO DI FUMO	PRO JCI 15	15.02.2019	MSE 3.3	0	
PATIENT SATISFACTION	PRO JCI 16	25.02.2019	RRR 7	2	X
SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI	PRO JCI 17	25.02.2019	RMM 5.1	0	
SELEZIONE E INSERIMENTO DEL PERSONALE	PRO JCI 18	24.01.2019	SQE 6 – SQE 12	1	X
POLITICA GESTIONE FARMACI	PRO JCI 19	13.12.2018	RMM	0	XX
POLITICA GESTIONE QUALIFICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	PRO JCI 20	24.02.2019	SQE	0	X
CONSENSO INFORMATO	PRO JCI 21	03.06.2019	RRR 9 – RRR 6	2	X
GESTIONE DEI TRATTAMENTI IN FORMATO CARTACEO	PRO JCI 22	25.05.2018	RRR 5	0	
DIRITTI E DOVERI DELL'ASSISTITO	PRO JCI 23	30.11.2018	RRR 1	0	
POLITICA EDUCAZIONE E FORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI	PRO JCI 24	31.01.2019	RRR 6 – RMM 2.3	0	
CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI	PRO JCI 25	10.10.2018	CIM 17	1	X
APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI	PRO JCI 26	10.10.2018	GAL 3.3	1	X
GOVERNANCE DELL'ORGANIZZAZIONE	PRO JCI 27	10.10.2018	GAL 1 – GAL 1.2	0	X



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



CERTIFIED SAFETY
MANAGEMENT SYSTEM

RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE	PRO JCI 28	07.12.2018	RCC 4	0	X
SVERSAMENTI	PRO JCI 29	07.12.2018	MSE 7	0	
GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	PRO JCI 30	07.12.2018	IPC 5	0	
AUTOVALUTAZIONE GOVERNANCE	PRO JCI 31	09.12.2018	GAL 1	0	X
GESTIONE PAZIENTE CON INFEZIONE-COLONIZZAZIONE DA GERMI MULTIRESISTENTI (MDR)	PRO JCI 32	26.02.2019	IPC	0	
CATETERISMO VESCICALE	PRO JCI 33	26.02.2019	IPC	0	
PROTOCOLLO SCABBIA	PRO JCI 34	26.02.2019	IPC	0	
INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	PRO JCI 35	26.02.2019	IPC	0	
GESTIONE DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE	PRO JCI 36	10.10.2018	IPC	0	
PROTOCOLLO INFEZIONI DA CATETERE VASCOLARE	PRO JCI 37	25.02.2019	IPC	0	
GESTIONE DELLA BIANCHERIA E MATERASSERIA	PRO JCI 38	10.10.2018	IPC	0	
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE CONTINUA PERSONALE MEDICO	PRO JCI 39	26.06.2019	SQE 11	0	
GESTIONE QUALIFICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO	PRO JCI 40	23.01.2019	SQE 11	0	

6) Costituzione del C.I.O.

Per le stesse motivazioni di cui sopra, è stato costituito un Comitato Infezioni Ospedaliero con la presenza anche di consulenti degli Ospedali Riuniti di Foggia che oltre a pianificare i processi assistenziali e la formazione specifica degli operatori, ha revisionato il Piano Aziendale Vaccinale.



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



BS OHSAS 18001:2007



INIZIATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2020

- 1) Conferma del C.I.O. e delle attività formative inerenti;**
- 2) Nuova attività di Safety Walkaround;**
- 3) Ideazione e realizzazione del Piano Aziendale di Gestione del Rischio Clinico (PAGRiC);**
- 4) Individuazione dei preposti per la gestione del rischio clinico;**
- 5) Attività di Focus Group specifici e Audit;**
- 6) Implementazione delle risorse tecnologiche attraverso un'apparecchiatura elettromedicale robotizzata per l'individuazione delle cause potenziali di cadute e loro prevenzione.**



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



Organization Accredited
by Joint Commission International



BS OHSAS 18001:2007



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 e s.m.i;
- Regolamento Regionale n. 22/2019;

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

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

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

5. 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;

6. Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 15 “Attuazione della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.. Definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture specialistiche eroganti prestazioni chirurgiche e procedure diagnostico-terapeutiche”.

SITOGRAFIA

1. 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).