

11 marzo 2022

Relazione sulla gestione del rischio clinico e sulla gestione degli eventi avversi, ai sensi dell'art. 2 della Legge 24/2017 Anno di valutazione 2021

Questa relazione mantiene negli anni la stessa struttura che comprende delle sezioni di descrizione del sistema di gestione del rischio clinico, che di norma non variano se non nell'eventualità di variazioni organizzative nel sistema, e sezioni relative ad ambiti specifici di interesse nella gestione del rischio che sono aggiornate annualmente in relazione alle attività svolte nell'anno in esame ed alle attività previste nell'anno successivo.

AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente relazione riguarda sia l'IRCCS Ospedale San Raffaele che l'IRCCS San Raffaele Turro, entrambi ospedali universitari e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico che operano in sinergia e secondo un unico modello organizzativo che comprende anche la gestione del rischio clinico.

Il San Raffaele è un centro di rilievo ultra-nazionale e di alta specializzazione per molte importanti patologie: comprende diverse Unità Operative ad alta specialità, coprendo quasi tutte le discipline, è dotato di un DEA di II Livello (Dipartimento di Emergenza ad Alta specialità) e tratta una casistica mediamente più complessa rispetto allo standard sia regionale che nazionale (indice di case-mix).

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO – UNA TRADIZIONE IN SAN RAFFAELE

La sicurezza delle cure è un tema di interesse comune a tutte le organizzazioni sanitarie complesse in quanto:

- interessa tutte le professioni e tutti i livelli di responsabilità: clinica, gestionale ed amministrativa;
- riguarda in egual misura la condotta degli operatori, l'organizzazione ed il funzionamento delle strutture sanitarie.

Tutta la letteratura scientifica è unanime nel riconoscere che gli errori nei sistemi complessi come quelli sanitari sono sostanzialmente inevitabili perché legati alle caratteristiche intrinseche dell'organizzazione, che è governata da persone e, di conseguenza, portate naturalmente all'errore.

Per un Ospedale come il San Raffaele occuparsi di rischio clinico significa porsi quindi l'obiettivo fondamentale di rendere più sicuro il sistema di assistenza e cura, contenendo la frequenza degli errori e minimizzando il loro impatto sui pazienti, sugli operatori e sull'organizzazione.

Un sistema sicuro non può prescindere da una cultura diffusa della sicurezza, ovvero aperta al riconoscimento dei propri errori, per analizzarli e per imparare da essi. Questa cultura si costruisce nel tempo, con un'organizzazione idonea e con la formazione.

Il primo centro italiano per lo studio dei rischi e degli errori in medicina, denominato CeSREM (Centro Studi Rischi Errori in Medicina), è stato istituito proprio al San Raffaele nel 2002. Nell'ambito delle attività di questo Centro, il San Raffaele ha collaborato con il Tribunale per i diritti del Malato per la nascita e lo sviluppo della Carta della Sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, nonché per l'avvio della sperimentazione di Unità di Gestione del Rischio (UGR), attivate in San Raffaele dal 2001.

In quegli stessi anni è iniziato un coinvolgimento intensivo del personale sul tema del rischio di errori, perdurato nel tempo, volto a stimolare la segnalazione delle criticità e a discuterne insieme le cause per trovare delle soluzioni migliorative.

Oggi abbiamo un'organizzazione ben strutturata, con un Piano aziendale ed un Risk Manager che lavora a stretto contatto con tutto il personale sanitario e con le principali funzioni aziendali con ruoli specifici nell'ambito della sicurezza quali, solo a titolo di esempio, il CIO, il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio di Farmacia, di Ingegneria Clinica, di Fisica Sanitaria ed il Servizio Trasfusionale, allo scopo di consentire una visione a 360° di tutte le problematiche che possono avere un impatto sulla sicurezza delle cure.

Per formare un quadro sempre aggiornato ed il più esaustivo possibile è necessario basarsi su svariate fonti informative. In San Raffaele si fa riferimento alle seguenti:

- sistema di *incident reporting*;
- risultati degli audit e delle visite ispettive, sia interne che esterne;
- analisi della documentazione clinica;
- analisi delle richieste di risarcimento;
- eventuali reclami giunti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- monitoraggi mirati rispetto l'applicazione delle indicazioni e delle prescrizioni riportate dalla normativa regionale e nazionale in tema di prevenzione del rischio (es. Raccomandazioni Ministeriali);
- monitoraggio indicatori relativi agli esiti e di *patient safety*;



- comitato valutazione sinistri (CVS) che, in San Raffaele, è **principalmente** orientato all'individuazione di ipotetiche aree di miglioramento organizzativo.

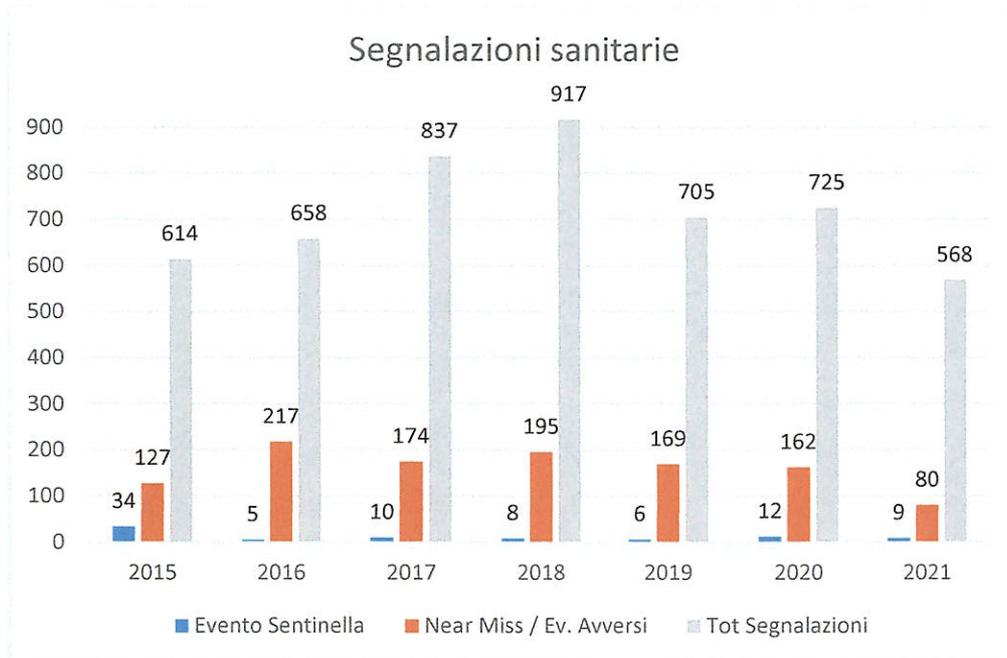
Per un quadro generale dei rischi, ci si avvale anche di analisi proattive del rischio, ovvero di analisi di processi particolarmente critici per l'individuazione preventiva dei punti di maggior rischio che non abbiano già prodotto eventi avversi. Questa metodologia, molto onerosa, è stata insegnata a diverse persone che lavorano all'interno dell'ospedale e che sono così in grado di applicarla all'analisi delle proprie attività, pur con il supporto degli addetti ai lavori (Ufficio Qualità e Risk Manager).

INCIDENT REPORTING

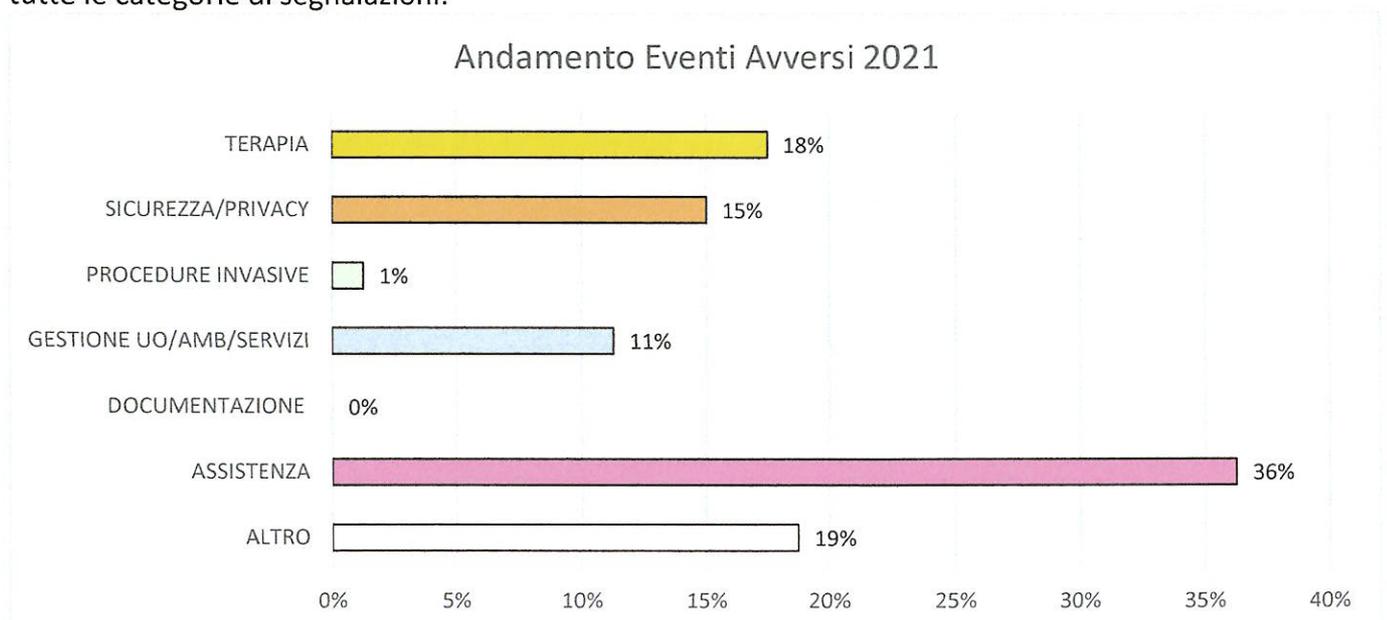
Il sistema interno di segnalazione è ormai a regime da diversi anni, con una buona risposta da parte di tutto il personale sanitario. E' un sistema che consente di convogliare a livello centrale le segnalazioni delle criticità rilevate da tutto il personale operante in ospedale che, nella maggior parte dei casi, consistono fortunatamente in *near-miss* o quasi-errori, ovvero in situazioni di rischio che non hanno però dato esito a veri e propri danni.

È un sistema che può essere utilizzato liberamente da ogni operatore sanitario, che può riportare così qualsiasi situazione di potenziale rischio o gli errori malauguratamente accaduti. Tutte queste segnalazioni entrano a far parte di un sistema per l'analisi della frequenza, della natura e del luogo di occorrenza degli errori, dei quasi-errori e delle condizioni di pericolo per attuare degli interventi di prevenzione efficaci.

Le segnalazioni liberamente registrate dal personale in un sistema di questo tipo sono un indice di maturità della cultura aziendale che ha compreso come errori e criticità costituiscono una importantissima opportunità di apprendimento e di miglioramento continuo. Nel 2021, nonostante tutte le difficoltà connesse alla gestione della pandemia, il volume complessivo delle segnalazioni si è mantenuto rilevante (n=568) anche se con un calo rispetto all'anno precedente, calo che si è verificato anche nel numero di near miss e/o eventi avversi (n=80) passando dal 22% al 16%. Il numero complessivo delle prestazioni erogate nell'anno 2021, pur in ripresa rispetto al 2020, è stato tuttavia ancora inferiore rispetto agli anni precedenti per effetto della riduzione di attività conseguente all'emergenza COVID 19. Di seguito si riporta un grafico dell'andamento quinquennale delle segnalazioni.



Focalizzando l'attenzione solo sui near miss / eventi avversi, dall'esame della distribuzione delle tipologie di segnalazione si evidenzia che il 36% della casistica ha riguardato una miscellanea relativa all'ambito assistenziale le cui problematiche sono risultate per lo più riconducibili al sovraffollamento del Pronto Soccorso specie durante i picchi epidemici; il 19% è rientrata nella categoria "altro"; il 18% ha riguardato l'ambito della terapia. Di seguito una rappresentazione di tutte le categorie di segnalazioni:



Delle 80 segnalazioni pervenute di eventi avversi e near miss, un quarto ha avuto origine dal Pronto Soccorso.

Nel paragrafo “ambiti di miglioramento e iniziative” si riportano le principali azioni intraprese in relazione a quanto rilevato. In molti casi, ove non rilevate nuove criticità, si è trattato della prosecuzione delle iniziative in essere. In taluni ambiti, soprattutto correlati alla contingenza pandemica, sono state implementate azioni specifiche.

EVENTI SENTINELLA

Gli Eventi Sentinella sono di norma individuati attraverso il sistema di *Incident Reporting* anche se alcuni possono giungere all’osservazione attraverso altri canali quali, ad esempio, attività di audit o richieste di risarcimento.

Nel corso del 2021 nel nostro Ospedale sono stati segnalati tramite il sistema di incidente reporting 9 eventi sentinella: tutti hanno riguardato casi di violenza nei confronti di operatori sanitari consistenti in episodi di aggressione sia verbale che fisica, ma che fortunatamente non hanno prodotto danni fisici e non sono esitati in infortunio. Per questo motivo non è stato necessario inserirli nel sistema ministeriale (SIMES), ma sono stati ugualmente trattati di fatto come tali provvedendo all’istituzione di un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale per l’analisi delle cause e l’individuazione delle opportune azioni correttive. E’ stata inoltre istituita una linea prioritaria presso lo sportello psicologico dei dipendenti cui gli operatori vittime di aggressioni si possono rivolgere. In questo modo potranno essere valutati anche gli esiti psicologici.

La situazione pandemica, che ha comportato limitazioni nelle libertà dei pazienti e negli accessi degli accompagnatori ha contribuito a determinare situazioni di tensione sfociati poi negli episodi di aggressione nei confronti dei sanitari.

AUDIT

L’attività di audit è molto impegnativa, ma consente verifiche sul campo di come viene svolta l’attività con il massimo coinvolgimento di tutto il personale. Nonostante le limitazioni dovute allo stato di emergenza COVID e all’accreditamento e apertura di un intero nuovo edificio di circa 300 letti, con Pronto Soccorso, 18 sale operatorie, 2 Terapie Intensive, una Centrale di sterilizzazione e diversi reparti di degenza ad alta intensità di cure, nel 2021 sono stati comunque effettuati degli audit, come di seguito dettagliato:

- 1 audit interno in PS per verifica del corretto avvio delle attività presso la nuova struttura
- 1 audit consistente nella simulazione del percorso della donna gravida dal nuovo PS al blocco parto per identificare il percorso più sicuro
- 1 audit sull’attività trasfusionale



- 3 audit del sistema qualità su Processi, Attività, Requisiti di accreditamento, Documentazione clinica
- 3 audit con valutazione e commenti relativi a indicatori clinici e di esito
- 2 audit clinici (ostetricia/neonatologia e psichiatria disturbi dell'umore)
- 4 audit in Sala Operatoria
- Pianificazione audit nei blocchi operatori sull'applicazione della Checklist regionale 2.0.

A questi si aggiungono i numerosi audit effettuati a cura del Servizio Prevenzione Protezione (in parte effettuati congiuntamente con Ufficio Qualità e Rischio Clinico) volti a monitorare il rispetto della normativa per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e a mettere in atto di volta in volta tutte le iniziative necessarie per aumentare il livello di sicurezza di utenti e di operatori.

FARMACO-VIGILANZA – DISPOSITIVO - VIGILANZA – EMO - VIGILANZA

- Nel rispetto della normativa nazionale, le reazioni avverse e gli incidenti connessi con l'uso di Farmaci, Dispositivi medici, sangue ed emoderivati sono riportate da parte del personale attraverso il sistema aziendale unico di segnalazione. Farmacisti, Ingegneri Clinici e TrASFusionisti, in coordinamento con il Risk Manager, si attivano per la gestione delle problematiche emergenti e per l'adozione delle più opportune azioni di miglioramento. Per il potenziale interesse per la collettività, i casi sono segnalati anche al Ministero della Salute.
- Rispetto alla sicurezza dei farmaci è in essere, a cura del servizio di Farmacia Ospedaliera, una modalità sistematica di comunicazione a tutti i reparti delle segnalazioni giunte dall'esterno (es. AIFA) circa attenzioni nell'uso di taluni farmaci o richiamo di specifici lotti a seguito del rilievo di anomalie.

MONITORAGGIO AMBIENTALE

- Sicurezza dell'acqua – Con lo scopo di tutelare la salute attraverso la minimizzazione del rischio legato alla veicolazione di agenti chimici e microbici (es. Legionella) nell'acqua in ospedale, è attivo in San Raffaele un sistema integrato di prevenzione e controllo (*Water Safety Plan*) che verifica sistematicamente le caratteristiche dell'acqua di approvvigionamento, l'efficacia di eventuali trattamenti ed il mantenimento della qualità nella rete di distribuzione e in esercizio.
- Sicurezza degli alimenti - Autocontrollo HACCP: ispezioni frequenti e sistematiche sono state effettuate nel corso dell'anno presso i locali del Servizio di Ristorazione di entrambe le strutture ospedaliere per la verifica del rispetto delle norme igieniche previste dal sistema HACCP in tutte le fasi di preparazione, manipolazione, conservazione e distribuzione degli alimenti. Al fornitore del servizio sono sempre state tempestivamente notificate le problematiche riscontrate e sono stati monitorati gli interventi concordati.



In concomitanza con l'emergenza COVID sono state di volta in volta adattate le modalità di gestione dei pasti e della loro distribuzione per garantire il massimo della sicurezza.

ATTIVITÀ di FORMAZIONE e SENSIBILIZZAZIONE

Il nostro Ospedale ha da sempre svolto attività di formazione per tutto il personale, rivolte allo sviluppo della cultura del rischio, con particolare attenzione alle attività di prevenzione degli eventi avversi, alla loro gestione e alla loro comunicazione alle persone coinvolte. Nell'ultimo anno tuttavia, avendo avuto un certo turn-over di personale, oltre che una redistribuzione di personale nei reparti di volta in volta allestiti per far fronte alle varie ondate epidemiche, si è presentata l'esigenza di un refresh formativo sui temi generali del rischio clinico, esigenza che potrebbe giustificare il lieve calo di segnalazioni nell'incident reporting registrato nel 2021. Tale refresh sarà pianificato nel 2022.

Sono inoltre messi in atto dei percorsi di formazione più approfonditi per ognuno dei rischi sopra elencati, oltre che per i rischi specifici che sono caratteristici di altre aree dell'Ospedale.

Nel 2021, causa emergenza COVID, a fronte dell'obbligo di interruzione di diversi dei corsi di formazione previsti in aula, è stato portato a compimento il modulo FAD BLS (Basic Life Support) che ha consentito la fruizione del corso da parte di un numero molto elevato di personale medico e infermieristico.

Il personale è stato sollecitato anche nel 2021, soprattutto in occasione degli audit, a fruire degli altri moduli FAD già disponibili sulla piattaforma aziendale quali:

- Sicura prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica
- Consenso informato
- Indicatori
- COVID 19
- Uso dei DPI COVID (Dispositivi di Protezione Individuale)

AMBITI di MIGLIORAMENTO e INIZIATIVE

Qui di seguito riportiamo un elenco dei principali rischi noti in ambito sanitario generale che in San Raffaele sono costantemente sotto sorveglianza e per i quali sono in atto piani per il miglioramento continuo. Sono descritte sinteticamente le azioni di miglioramento proseguite nel 2021 e quelle attivate ex novo:

- **Rischio di scambio di pazienti:** proseguono le attività di controllo dell'applicazione della procedura aziendale attraverso audit;



- **Rischio di cadere:** sono in atto procedure assistenziali consolidate da tempo per la prevenzione delle cadute con l'Ufficio Tecnico, il Servizio Protezione e Prevenzione e l'Ingegneria Clinica sempre presenti per la messa in sicurezza degli ambienti e per una adeguata selezione ed ottimizzazione dei presidi (arredi, letti di degenza, ecc.), come avvenuto anche negli allestimenti del nuovo edificio. Il monitoraggio delle cadute effettuato anche nel 2021 non ha evidenziato nuovi fattori di rischio precedentemente non noti;
- **Rischio di sviluppare lesioni da pressione (decubiti):** per questo rischio sono adottati in tutto l'ospedale i presidi più adatti per la prevenzione; tutto il personale è addestrato a valutare ogni paziente per il rischio di lesione e ad intervenire tempestivamente anche attraverso personale specializzato ed al ricorso a medicazioni avanzate. È attivo un servizio di consulenza interna vulnologica. Il monitoraggio delle lesioni da pressione effettuato anche nel 2021 non ha evidenziato situazioni degne di nota.
- **Rischio di contrarre infezioni:** per questo rischio sono messe in atto regolarmente delle attività di controllo volte a verificare l'applicazione corretta delle procedure interne sul trattamento delle ferite chirurgiche e dei cateteri vescicali, e sulla corretta profilassi antibiotica peri operatorie. È proseguito il monitoraggio sistematico della diffusione di germi multiresistenti agli antibiotici (MDRO). È proseguita l'attività di *Antimicrobial Stewardship* attraverso l'organizzazione delle consulenze specialistiche infettivologiche per diversi reparti ospedalieri.

Anche nel 2021 sono state implementate tutte le misure necessarie al contenimento della pandemia COVID 19 adeguandole di volta in volta agli aggiornamenti della normativa sia nazionale che regionale, nonché all'evoluzione epidemica. La intranet aziendale, con la pagina dedicata all'emergenza COVID - area generale e sezione Comitato CIO (Controllo Infezioni Ospedaliere) ha costituito uno strumento insostituibile per la diffusione a tutto il personale delle regole in essere, dei loro aggiornamenti e delle modifiche organizzative e logistiche messe in atto a seconda delle diverse fasi epidemiche (aperture reparti Covid, servizi dedicati, ridefinizione dei percorsi per mantenerne la separazione anche a seguito delle riorganizzazioni logistiche).

I corsi di formazione FAD specifica relativi alle manovre di vestizione e svestizione sono stati mantenuti attivi e promossi tra tutto il personale di volta in volta coinvolto nella gestione di pazienti Covid 19.

- **Rischio di non ricevere i farmaci corretti:** La verifica nei reparti di degenza dell'uso corretto dei fogli di prescrizione della terapia e delle modalità di conservazione dei farmaci costituiscono da anni uno dei focus degli audit effettuati nei reparti. Questi aspetti, insieme a quello dell'importanza dell'accertamento della terapia domiciliare ad ogni nuovo ricovero per una adeguata riconciliazione con le nuove terapie, sono sempre promossi tra tutto il personale anche attraverso corsi di formazione fruibili in qualsiasi momento, in quanto predisposti in modalità FAD e depositati sulla piattaforma aziendale. Nel 2021 è stato inoltre avviato il progetto di informatizzazione del foglio di terapia.



- **Rischi correlati all'attività chirurgica (infezioni della ferita, interventi sulla parte del corpo non corretta ecc.):** per questo rischio poniamo un accento particolare sull'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in sala operatoria, sulla corretta gestione degli esami istologici e sull'applicazione corretta delle tecniche di prevenzione delle infezioni. Al riguardo è in uso un sistema informatico per la gestione dei pazienti in sala operatoria che è stato costruito in modo tale da inglobare tutti i punti di controllo delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza in Sala Operatoria. Il sistema costituisce una guida operativa per il personale dell'équipe e garantisce la registrazione degli atti di prevenzione previsti. Nel 2021 l'informatizzazione è stata estesa alla parte della checklist relativa alle azioni di stretta competenza delle UUOO prima di inviare il paziente al blocco operatorio. E' altresì proseguito il progetto volto alla personalizzazione dei protocolli assistenziali e personalizzazione del rischio operatorio.
- **Rischio di non tempestività o inadeguatezza nella gestione delle urgenze:**
Quale azione di miglioramento scaturita da precedenti audit, dopo un censimento dei sistemi centralizzati di monitoraggio o telemetrie, sono state formalizzate in una specifica procedura le regole interne e le istruzioni, allineate alle migliori evidenze scientifiche, per una gestione sicura del processo di presa in carico degli allarmi di anomalia segnalati dai sistemi di monitoraggio, per garantire che le situazioni di criticità siano tempestivamente riconosciute al fine di prevenire il rischio di morte, coma o grave danno.
Con l'apertura a settembre 2021 di un nuovo intero polo chirurgico e delle urgenze, all'interno del perimetro dell'ospedale e con questo interconnesso, è stato necessario ridefinire tutti i percorsi per la gestione sicura delle urgenze in qualsiasi sede dell'ospedale. Tutto il personale è stato informato e, a supporto di una informazione precisa e sempre disponibile, è stata realizzata una pagina dedicata al nuovo edificio "Iceberg" con la descrizione dei nuovi spazi e di tutti i percorsi.
- **Rischi correlati al parto e alla nascita:** per i rischi correlati al parto viene posta particolare attenzione alla gestione delle emorragie in gravidanza e dei disordini ipertensivi, con definizione di specifici protocolli; inoltre, è in corso un'attività di sensibilizzazione sul tema del riconoscimento dei segni precoci di infezione; rispetto ai rischi per il neonato è a regime l'uso di una documentazione clinica realizzata appositamente per facilitare il monitoraggio dei parametri critici di tutte le fasi del parto; infine, in tutte le sale parto sono affissi dei poster con la descrizione schematica delle manovre per la corretta gestione della distocia di spalla. E' stato implementato l'uso sistematico di una scheda per il rilievo dei segni indicatori di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (scheda MEOWS). Il percorso avviato per l'istituzione di un ambulatorio per la gestione del basso rischio ostetrico ha evidenziato l'esigenza di garantire, anche da un punto di vista logistico, una stretta vicinanza e interazione tra la figura ostetrica e quella ginecologica che troverà una situazione ottimale nel 2022 con la ricollocazione dell'area ambulatoriale ostetrico-ginecologica.



Nel 2021 è stata aperta una sezione del Pronto Soccorso dedicata esclusivamente come accettazione ostetrica collocata nello stesso settore del Blocco Parto e del dipartimento materno-infantile.

- **Rischi correlati alle trasfusioni:** anche nel 2021 sono state rivalutate ed aggiornate le procedure sulla gestione di sangue ed emoderivati e sulla trasfusione per essere sempre in linea con tutte le novità normative volte a rendere sempre più sicura questa pratica. Pur nello stato dell'emergenza Covid 19 e delle onerosissime attività concernenti prima l'autorizzazione del nuovo edificio e successivamente il trasferimento delle attività, è stato comunque effettuato un audit sulla corretta applicazione della procedura. Gli esiti di questo, come degli audit in generale, sono discussi in sede di riunione di rischio clinico del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), oltre che con il personale del reparto, per l'adozione di eventuali misure correttive. La presenza in ospedale di un proprio Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) è ulteriore elemento di garanzia per la sicurezza trasfusionale.
- **Rischi correlati all'allontanamento incontrollato dei pazienti:** la maggior parte dei reparti a più alto rischio sono dotati di accessi controllati ed i reparti di degenza trasferiti nel nuovo edificio presentano una organizzazione degli spazi che garantisce un maggior controllo degli accessi. Relativamente all'edificio i cui reparti presentano ancora criticità nel controllo degli accessi, è prevista nel 2022 una progressiva conversione degli spazi da attività di degenza ad attività ambulatoriale e studi medici, con trasferimento delle degenze in altre sedi più idonee.
- **Rischio di perdita di informazioni importanti per difetti di comunicazione:** La buona comunicazione è uno degli aspetti più importanti, ma è internazionalmente noto come sia difficile da ottenere a tutti i livelli. Nell'ambito dei consulti multidisciplinari, al fine di evitare perdita di informazioni, continua ad essere in uso, ed è sempre più esteso, un sistema informatico per la costituzione e la registrazione dei consulti multidisciplinari per una miglior gestione delle patologie più complesse che richiedono il parere di diversi specialisti.
- **Rischio di ritardi diagnostici per riduzione dell'attività in relazione all'emergenza COVID:** al fine di controbilanciare la limitazione degli accessi in ospedale, è stato implementato il progetto TELEMEDICINA che garantisce visite e consulti ai pazienti a domicilio. In considerazione della novità di questa formula, a settembre 2020 è stata effettuata una analisi per una valutazione preventiva dei rischi ad essa connessi (FMEA) ampliata e revisionata a dicembre 2021 attraverso HFMEA tenendo in considerazione l'espansione avuta da essa. Tale lavoro ha permesso di individuare gli ambiti più idonei di applicazione e le eventuali accortezze per rendere tale modalità sicura anche rispetto al rischio di incompienze o di passaggio incompleto di informazioni.
- **Rischio sovraffollamento Pronto Soccorso COVID:** l'attività iniziata l'anno precedente con l'attivazione di un ambulatorio per paucisintomatici è proseguita con sempre maggior vigore e strutturazione nel corso di tutto il 2021. L'attività di questo ambulatorio ha consentito di sgravare il Pronto Soccorso, anche nelle fasi di maggiore pressione, di casi che potevano



beneficiare di cure precoci in un regime ambulatoriale senza contribuire al sovraffollamento del Pronto Soccorso offrendo loro prestazioni multispecialistiche comprensive della necessaria diagnostica strumentale e dell'eventuale terapia precoce con anticorpi monoclonali. L'attività è andata via via estendendosi ai pazienti Covid dimessi dai reparti di degenza per il loro follow-up.

Inoltre nel 2021 il PS dell'ospedale è stato spostato nel nuovo Iceberg ampliando i propri spazi e permettendo una riorganizzazione della presa in carico del paziente. La nuova sede ha previsto una sezione interna di radiologia dotata di due RX convenzionali e due TAC, accelerando quindi la processazione dei casi che necessitano di tali esami vitando trasferimenti all'interno dell'ospedale.

- **Rischio trasferimento UUOO al nuovo Iceberg:** in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Tecnico, Direzione Sanitaria, Direzione Professioni Sanitarie, Sistemi Informativi, Ufficio Acquisti, Servizio di Farmacia, servizio di Vigilanza è stato dato supporto alle UUOO nel trasferimento dalla sede al nuovo edificio Iceberg. Il trasferimento ha comportato le ridefinizione di molteplici procedure tra cui, per citarne alcune, ridefinizione dei percorsi, gestione ordini, gestione degli spazi e dei locali lavoro. Il lavoro congiunto tra le varie direzioni ha permesso di contenere e prevenire danni a carico dei pazienti durante il trasferimento e la permanenza nel nuovo Iceberg alla sua attivazione.
- **Rischio errore somministrazione vaccino Covid 19:** l'apertura del centro vaccinale in OSR ha previsto il lavoro in sinergia delle direzioni con momenti dedicati al confronto e allineamento delle attività. Sono stati condotti Audit interni per verificare l'aderenza del centro vaccinale ai requisiti richiesti da RL.

Si ritiene utile rendicontare anche le attività riguardanti l'**implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali** in tema di sicurezza dei pazienti. Di seguito un sintetico report dei documenti prodotti per regolamentare l'organizzazione e le attività interne finalizzate a dare attuazione in entrambi gli ospedali, per quanto di competenza, a tali Raccomandazioni.

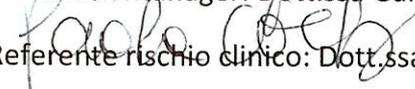
Al riguardo si segnalano un totale di 47 Istruzioni Operative Generali per la regolamentazione dei diversi ambiti: di queste, nel 2021 ne è stata predisposta una ex novo sui sistemi di monitoraggio (finalizzata a migliorare ulteriormente l'adesione alla Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali), dodici sono state revisionate e tre, più vecchie, convalidate.

Le azioni di miglioramento sopra indicate proseguiranno anche nel 2022 con l'integrazione di una serie di altre attività e progetti inerenti principalmente i seguenti ambiti:

- comunicazioni interne tra medico e paziente e tra le varie figure professionali all'interno dell'équipe;
- attivazione di una linea di presa in carico delle gestanti a basso rischio ostetrico; perfezionamento di un piano pandemico OSR;
- analisi FMEA del processo di effettuazione dei test per SARS-CoV2.



- formalizzazione del gruppo di lavoro per il contrasto agli atti di violenza verso gli operatori sanitari composto da SPP, Area Rischio Clinico Qualità e Accreditamento, Direzione Professioni Sanitarie, Direttore Sanitario OSR, Direttore Sanitario SRT, Direzione del Personale, Servizio di Vigilanza, Direzione servizio clienti, Medicina Preventiva, Ufficio Legale e RLS. Il Gruppo di lavoro avrà il fine di analizzare tutti gli atti di violenza segnalati e pianificare interventi atti alla diminuzione e il contenimento del rischio aggressioni. Il Gruppo di Lavoro si incontrerà periodicamente durante tutto l'anno e potrà se necessario avvalersi delle funzioni aziendali di competenza che, in relazione agli specifici temi affrontati, possono essere coinvolti di volta in volta.
- Avvio dell'informatizzazione dell'intera cartella clinica.
- Da un punto di vista strutturale continuerà la compartimentazione delle UUOO ad alto rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari e la sistemazione/riordino della nuova collocazione delle UUOO.


Il Risk Manager: Dott.ssa Garancini Paola

Referente rischio clinico: Dott.ssa Corti Paola