

## PREMESSA:

La legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano 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; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), con analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

La presente relazione intende evidenziare, come la gestione delle segnalazioni inerenti il rischio e in particolare il rischio clinico, siano a tutti gli effetti parte essenziale di un sistema di gestione che apprendendo dagli errori evolve secondo le logiche del miglioramento continuo delle prestazioni.

Per questo motivo saranno elencati, oltre agli strumenti di monitoraggio attivati per la prevenzione del rischio, anche i dati di sintesi delle segnalazioni e soprattutto le principali azioni intraprese.

## CONTESTO:

### Breve descrizione dell’azienda

La Casa di cura è stata fondata nel 1938 dal Dr E. Bisulli ed è da più di 80 anni al servizio della salute.

È una struttura privata accreditata ( determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l’integrazione Regione Emilia Romagna n. 9905 del 5.8.2015) con il SSN, dispone di 117 posti letto autorizzati ( Autorizzazione n. 5/2018 dell’ 11.5.2018) dedicati ad attività di degenza per le discipline di: chirurgia generale, chirurgia vascolare, ginecologia, oculistica, ortopedia e traumatologia , urologia, medicina per acuti e lungodegenza post acuzie.

### La struttura è certificata ISO 9001:2015.

La struttura è così composta:

**Reparto di medicina/lungodegenza** situato al II piano è dotato di camere doppie con servizio in camera, Quattordici posti letto, in seguito ad un accordo con l’Ausl Romagna, sono riservati a pazienti inviati dalle varie Unità Operative dell’Ospedale Bufalini o a ricoverati della Casa di Cura che richiedano una stabilizzazione delle condizioni cliniche dopo un ricovero per acuti o un trattamento riabilitativo postchirurgico( Lungodegenza)

All’interno di questa dotazione, sempre al secondo piano, sono ubicati 4 box destinati al Centro di Medicina del Sonno, con annessa postazione per la registrazione videopolisonnografica.

**Reparto chirurgia**, situato al I piano è dotato di camere doppie e/o triple con servizio in camera di cui 11 camere sono state completamente rinnovate nel 2024

Il blocco operatorio è composto da due sale operatorie per chirurgia “open” e laparoscopica.

Il comparto presenta dal 2017 una Recovery Room dotata di 4 posti letto per assicurare un’assistenza immediata nella fase post-operatoria.

**Area ambulatoriale;** la struttura presenta inoltre aree dedicate all’attività ambulatoriale polispecialistica, un servizio di diagnostica per immagini comprensivo di radiologia tradizionale, TC odontoiatrica, TAC, RM total body ad alto campo, RM basso campo artoscan, MOC; un servizio di endoscopia digestiva, punto prelievi e presidio di terapia fisica e riabilitazione comprensivo di piscina.

L’organizzazione della casa di Cura San Lorenzino vede coinvolti circa 75 dipendenti di cui 81,25% di sesso femminile e mediamente 90/100 collaboratori.

### Dati di attività e di produzione

**Raggruppamento medico:** dati dell'anno 2024 (Fonte: Sistema informatico interno selezionati convenzionati e privati paganti):

U.O. Dimissione	N° Casi	%	GG Degenza
LUNGODEGENZA	413	27,57%	5.005
MEDICINA	912	60,88%	10.919
MEDICINA DEL SONNO	173	11,55%	344
<b>Totali</b>	<b>1.498</b>	<b>100,00%</b>	<b>16.268</b>

**Raggruppamento chirurgico,** dati di produzione del 2024 (Fonte: Sistema informatico interno selezionati Ordinari e DH compresi privati paganti):

U.O. Dimissione	N° Casi	%	GG Degenza
CHIRURGIA	731	38,70	1.127
GINECOLOGIA	9	0,48	20
OCULISTICA	33	1,75	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1032	54,63	2.294
UROLOGIA	84	4,45	150
<b>Totali</b>	<b>1.889</b>	<b>100,00</b>	<b>3.592</b>

**Attività ambulatoriale,** dati di produzione del 2024: 136.843 prestazioni.

#### **Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico:**

Il modello organizzativo per la prevenzione del rischio clinico è descritto nel Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) revisionato nel 2024.

#### **Responsabile del programma**

Il referente aziendale del rischio è il Direttore Sanitario, il team operativo è costituito dal Comitato di direzione (Direttore sanitario, RAQ, Responsabile URP, DA, Amministratore Unico); di volta in volta vengono coinvolti medico legale e/o responsabili di raggruppamento e/o di servizio.

#### **Rapporti con il cittadino – il ruolo dell'urp**

URP è strutturato nella sua operatività in forma di equipe con Direttore Amministrativo (DA), Direttore Sanitario (DS) e RAQ (Responsabile Qualità); si attiva ogni qualvolta giungano segnalazioni da parte di utenti o loro familiari di eventi tali da determinare carenze nella qualità assistenziale in grado di incidere significativamente sul mantenimento di adeguati livelli di sicurezza del paziente e delle cure.

#### **Rapporto con l'assicurazione**

A garanzia di quanti si relazionano con la Casa di Cura (pazienti, visitatori, dipendenti e collaboratori, personale di aziende fornitrici a vario titolo), sono attive coperture assicurative annualmente analizzate nella loro efficacia di copertura e adeguatezza con la consulenza di broker assicurativo, previo esame da parte di Amministratore Unico (AU) e DA, dei rischi potenziali e degli eventi verificatisi.

#### **Team Operativo**

Il gruppo di lavoro è costituito dal Comitato di direzione (Direttore sanitario, RAQ, Responsabile URP, DA, Amministratore Unico); di volta in volta vengono coinvolti medico legale e/o responsabili di raggruppamento e/o di servizio.

Responsabilità del team operativo:

- Stesura del report di monitoraggio
- Pianificazione delle iniziative formative
- Conduzione di audit sulle segnalazioni di incident reporting e degli eventi sentinella
- Definizione e stesura degli obiettivi annuali da perseguire
- Definizione di procedure da implementare e/o da modificare sulla base delle linee di indirizzo regionali e ministeriali

**SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI /FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA  
DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL  
RISCHIO**

**SCHEDA N. 1**

**INCIDENT REPORTING**

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge 8 marzo 2017,n24 disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale</li> <li>• Decreto 2 aprile 2015 ministero della salute “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”( Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri –Gestione del rischio clinico)</li> <li>• Legge di stabilità 2016 (Legge 208 28 dic 2015 ,art.1 comma 539)</li> <li>• Dgr 1943 del 4 dic 2017” Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”( 6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza)</li> <li>• Pg/2017/778681 indicazioni sul sistema di segnalazione degli incidenti ( incident reporting)</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità ministero della salute 2011 giugno</li> <li>• Pg 2016 106553 (18-02-2016)relativa ai criteri per la definizione dell’evento sentinella “caduta di paziente”</li> <li>• Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella (luglio 2009)</li> <li>• Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella(Luglio 2024)</li> <li>• Dossier ASSR n250/2016 pag 15-16</li> <li>• Dossier 250 2015 Il sistema di incident reporting in Emilia Romagna</li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>Nella PRQ1301 “Gestione Non Conformità eventi avversi eventi sentinella” sono descritte le modalità di gestione di non conformità , near miss, eventi avversi ed eventi sentinella al fine di prevenire e/o impedire il ripresentarsi degli stessi.</p> <p>MQ1301 Scheda di registrazione Non Conformità MQ1302 Registro delle Non Conformità</p> <p>MQ1401 Azione preventiva/correttiva MQ1403 Azione di miglioramento</p> <p>MQ1402Registro azioni correttive</p> <p>Incident Reporting: Scheda di segnalazione spontanea degli eventi( Generica)</p> <p>Scheda di segnalazione spontanea degli eventi( Area specialistica Anestesia)</p> <p>I DATI VENGONO INVIATI DAGLI OPERATORI AL RISK MANAGER CHE COINCIDE CON IL DS CHE A SUA VOLTA DOPO ANALISI CONGIUNTA LI INVIA A RER</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Nel 2024 sono stati registrati <b>66</b> eventi</p> <p>Tali registrazioni comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>59 cadute</b> di cui : 34 senza danno , 24 con danno da minore a moderato e 1 con danno grave. ( Vedi eventi sentinella)</li> <li>• <b>1 infortunio sul lavoro</b>: Dolore muscolare mentre l’operatore spostava valigia di un paziente. L’infortunio è stato preso in carico e gestito dalla funzione di DA e di RSPP aziendale</li> <li>• <b>6 non conformità</b>. Non si sono realizzati eventi avversi, ma <i>near-miss</i>. Sono state intraprese azioni correttive, perlopiù incontri con il personale coinvolto.</li> </ul>



<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	REVISIONE PROCEDURA PRQ1301 “Gestione Non Conformita’ Eventi Avversi Eventi Sentinella”
<b>Prospettive future</b>	MIGLIORARE LA RILEVAZIONE, LA COMUNICAZIONE e la SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING MONITORAGGIO IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI MONITORAGGIO N° EVENTI /ANNO



SCHEDA N. 2

SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge 8 marzo 2017, n.24 disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale</li> <li>• Decreto 2 aprile 2015 ministero della salute</li> <li>• Legge 208 28 dic 2015</li> <li>• Dgr 1943 del 4 dic 2017</li> <li>• Pg/2017/778681 indicazioni sul sistema di segnalazione degli incidenti ( incident reporting)</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità ministero della salute 2011 giugno</li> <li>• Pg 2016 106553 (18-02-2016) relativa ai criteri per la definizione dell'evento sentinella "caduta di paziente"</li> <li>• Pg 2016 514225/ del 06 07 2016" Comunicazioni relative alla segnalazione degli eventi sentinella-monitoraggio SIMES-Schede C e D"</li> <li>• Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella (luglio 2009)</li> <li>• Dossier 250 2015 Il sistema di incident reporting in Emilia Romagna</li> <li>• Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella aggiornato al Luglio 2024</li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>Segnalazione Eventi Sentinella Scheda SIMES A -B- C- D</p> <p>Nella PRQ1301 "Gestione Non Conformità eventi avversi eventi sentinella" sono descritte le modalità di gestione di non conformità , near miss, <b>eventi avversi</b> ed <b>eventi sentinella</b> al fine di prevenire e/o impedire il ripresentarsi degli stessi. L'operatore sanitario ( Medico, infermiere o altro operatore coinvolto nell'evento avverso) comunica quanto accaduto al RM/DS il quale, non appena ottenuti gli elementi di conoscenza indispensabili per la sua compilazione e comunque il prima possibile, provvede all'invio della <i>scheda A SIMES</i> ai referenti regionali.</p> <p>Agli stessi indirizzi entro <b>60 giorni</b> dall'accadimento dell'evento , dovrà essere trasmessa la <i>scheda B SIMES</i> contenente l'analisi delle cause, dei fattori contribuenti ed il piano di azione che riporta gli interventi di miglioramento effettuati.</p> <p>Le schede A e B dovranno essere inviate anche per conoscenza ai referenti per la gestione del rischio della propria AUSL. Le schede regionali SIMES C e D possono essere richieste per eventi sentinella di particolare rilevanza</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Nel 2024 è stato segnalato un evento sentinella ( 06 06 24) legato ad una caduta con danno grave che ha richiesto intervento chirurgico</p>
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>REVISIONE PROCEDURA PRQ1301 "Gestione Non Conformità' Eventi Avversi Eventi Sentinella"</p> <p>FORMAZIONE AD HOC</p> <p>PARTECIPAZIONE MONITORAGGIO AGENAS</p>
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>MIGLIORARE L'ADESIONE ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI, IN PARTICOLARE LE PIU' RECENTI IMPLEMENTAZIONI</p> <p>Fare formazione in aula su eventi sentinella e raccomandazioni ministeriali</p>



SCHEDA N.3

SEGNALAZIONE DEI CITTADINI

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n°1350 del 17 09 2012” Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”</li><li>• L.24/2017</li><li>• DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N° 1706 INTEGRATA DA dgr 2108</li><li>• DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N°1943/2017 APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE( CRITERIO 2-5-8)</li><li>• DM 19 DICEMBRE 2022</li><li>• Dossier 127 -2006 La qualità percepita in Emilia-Romagna ,strategie ,metodi e strumenti per la valutazione dei servizi</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	<p>PRQ 1901 trattamento dei reclami: procedura dove viene descritta la metodologia che la CDC applica per dare una risposta efficace, obiettiva e misurabile a tutte le lamentele espresse in maniera formale ed informale dal cliente - utente, al fine di ridurne l'incidenza e migliorare l'immagine della CDC a garanzia dei diritti degli utenti.</p> <p>Mq1901 scheda reclami: scheda utilizzata per rilevare il reclamo</p> <p>Mq1902 registro reclami</p> <p>RELAZIONE ANNUALE RECLAMI</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	<p>Nel 2024 sono stati rilevati 15 reclami, 7 in più rispetto all'anno precedente, 7 di questi reclami sono stati comunicati da URP /AVR,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 legati ad assistenza giudicata inadeguata</li><li>• 4 comunicazione inadeguata</li><li>• 2 valutazioni di inadeguatezza della tecnica di esecuzione di esami</li><li>• 1 diagnosi considerata errata dal paziente non suffragata da evidenze attendibili</li><li>• 4 rilevata scortesia da parte degli operatori</li><li>• 1 referto oculistico incompleto perché mancante della ricetta con la prescrizione lenti</li><li>• 1 inadeguatezza accessori bagno centro sonno</li></ul> <p><b>Valutazione:</b> questi reclami hanno riguardato soprattutto aspetti relazionali o organizzativi che sono stati puntualmente gestiti .</p> <p>Numerosi gli elogi pervenuti</p>
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Formazione, comunicazioni, riunioni</p>
<b>Prospettive future</b>	<p>Integrazione URP/risk management Formazione su comunicazione ed umanizzazione</p>

**SCHEDA N. 4**

**MONITORAGGIO IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA**

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella( Luglio 2009)</li> <li>• Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella ( Luglio 2024)</li> <li>• Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla nostra struttura</li> <li>• PG 2016 106553 (18-02-2016) event.sent. caduta</li> <li>• Lettera Regionale prot. PG/2016/514225 del 06.07.2016 introduce due ulteriori schede SIMES C e D</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità Ministero della Salute giugno 2011</li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>Nelle seguenti istruzioni e procedure sono riportate le modalità di implementazione e diffusione delle raccomandazioni ministeriali applicabili all'interno della struttura</p> <p>ISTD09104 Corretta gestione soluzioni di potassio Racc.n°1</p> <p>ISTSO 0954 Conteggio strumenti garze e taglienti Racc. n°2</p> <p>ISTSO0963 Sicurezza in sala operatoria Racc.n°3</p> <p>ISTD0982 Corretta identificazione del paziente ambulatoriale e ricoverato Racc.n°3</p> <p>ISTD09111 prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati Racc n°10</p> <p>PA139 Gestione della terapia trasfusionale AUSL Romagna Racc.n°5</p> <p>PRD0918 Gestione Farmaci Racc.n°7</p> <p>PRD0920 -Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale Racc n°4</p> <p>ISTQ1301 Prev. Segn.Gestione episodi di violenza a danno degli operatori sanitari Racc n°8</p> <p>Piano aziendale prevenzione violenza su operatori sanitari(PREVIOS) Racc n°8</p> <p>PRQ 0911 Gestione Attrezzature Racc.n°9</p> <p>ISTD09105 Trasporto dell'utente all'interno della casa di cura Racc.n°11</p> <p>ISTD09103 Errori in terapia con farmaci "look -alike /sound -alike" LASA Racc.n°12</p> <p>ISTD0948 Prevenzione cadute Racc. n°13</p> <p>ISTD0978 Ricognizione Riconciliazione Racc. n°17</p> <p>PRD0918Gestione Farmaci con adeguamento alle raccomandazioni Racc. n°18(uso abbreviazioni, sigle e simboli) e Racc.(Manipolazioni delle forme farmaceutiche orali e solide) n°19</p> <p>PRQ1301 Gestione non conformità eventi avversi</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Nel 2024 è stato segnalato un evento sentinella legato ad una caduta con danno grave che ha richiesto intervento chirurgico</p>
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>Completata implementazione Raccomandazioni Ministeriali n°4 e n°10</p> <p>Partecipazione monitoraggio AGENAS</p> <p>Monitorato adeguamento alla nuova procedura per la corretta gestione della terapia farmacologica e alle raccomandazioni ministeriali n.18 (uso di abbreviazioni, sigle e simboli) e n.19 (manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide)</p> <p>Progetto VISITARE ( In fieri)</p>
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>Formazione specifica sugli eventi sentinella collegati a cadute ,contenzione ed errori in terapia</p>



*Casa di Cura*  
**SAN LORENZINO**

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

23 03 25  
Pag. di 22



SCHEDA N.5

CHECKLIST di sala operatoria (SOSnet-SSCL)

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossier n.242/ 2014 Progetto regionale SOS net Rete sale operatorie sicure.</li> <li>• Linee guida Flusso SSCL(Surgical Safety Check List) V1.0 del 21 11 2016</li> <li>• Manuale per la Sicurezza in sala operatoria :Raccomandazioni e Checklist Ministero della Salute 2009</li> <li>• Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura Racc N 3 del Ministero della Salute</li> <li>• Raccomandazioni per la Sicurezza in sala operatoria ASSR-Emila Romagna 2010</li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>ISTSO 0963 (Sala Operatoria Sicura)          ISTD0982 Corretta identificazione del paziente          ISTSO0961 Assistenza infermieristica pre e postoperatoria</p> <p>In tali istruzioni sono descritte le modalità di gestione della Checklist e le modalità per una corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico al fine di prevenire eventi avversi</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Nell'anno di riferimento, nell'ambito della "Sicurezza in Chirurgia", i risultati sono i seguenti:</p> <p><b><u>% di compilazione scheda 776/A</u></b></p> <p>N. totale di item della scheda 776/A compilate in Struttura / N. totale di item della scheda 776/A da compilare in Struttura: <b>Valore = 99,65 %</b> [flusso SSCL)</p> <p><b><u>% Check list con almeno una non conformità segnalata nella scheda 776/B:</u></b></p> <p>N. totale di checklist (scheda 776/B) in cui è segnalata almeno una non conformità / N. totale di checklist eseguite: <b>Valore = 0,05 %</b> [flusso SSCL]</p> <p><b><u>% di procedure AHRQ4 con campo "check list" SI nella SDO:</u></b></p> <p>N. procedure AHRQ4 del flusso SDO con la variabile "check list"=SI / N. procedure AHRQ4 del flusso SDO: <b>Valore = 99,76 %</b> [flusso SDO, standard RER &gt;= 90 %]</p> <p><b><u>Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post operatoria per 1000 dimessi chirurgici:</u></b></p> <p>N. ricoveri con diagnosi di embolia polmonare o trombosi venosa profonda / N. ricoveri chirurgici: <b>Valore = 0</b></p>
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>Formazione</p> <p>Azione miglioramento n°15 del 2011:Sale operatorie sicure</p> <p>Azione miglioramento n°36 del2016:SOS NET</p> <p>Azione miglioramento n°50 2017 Riorganizzazione Sala operatoria</p> <p>Azione miglioramento n°63 2019 Revisione documentazione Sala operatoria</p> <p>Azione miglioramento n°81 2022-2023 Riorganizzazione Sala operatoria+ Revisione documentazione Sala operatoria</p>
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>Formazione e monitoraggio eventuali criticità e segnalazione non conformità</p>



SCHEDA N. 6

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- DGR 318 del 25 03 2013 “ Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo : infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile degli antibiotici”
- Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive
- Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie Febbraio 2017 ASSR (RER)
- Dossier 123-2006 Epidemie di infezioni correlate all’assistenza sanitaria Sorveglianza e controllo
- Deliberazione della Giunta Regionale RER del 7 Luglio 2005 "Attivazione di un "Sistema di segnalazione rapida" di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale.
- Dossier 261/2017 –Regione Emilia Romagna- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- Linee guida SICHChER – Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico RER 21 11 2016
- DM 7 marzo 2022 “ Aggiornamento del documento che disciplina il” sistema di Segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie, socio sanitarie, socioassistenziali e nella popolazione generale
- Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n 828 /2017. Approvazione delle linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi

Descrizione dello strumento/ flusso informativo

*Procedure ed istruzioni* in cui vengono descritte le modalità adottate dalla direzione per promuovere ed uniformare i comportamenti che garantiscono controllo del rischio infettivo per la sicurezza dei pazienti e degli operatori:

PRD0919 Analisi del rischio e controllo Legionellosi

ISTD0989 Precauzioni Standard ISTD 0991 Precauzioni basate sulla modalità di trasmissione ISTD0990 Igiene delle mani

ISTSO0972 Decontaminazione e lavaggio

ISTSO0924 Sterilizzazione

ISTEND0902 Ricondizionamento degli endoscopi

ISTD0947 Rifornimento biancheria( Gestione degli effetti lettereci e della biancheria del personale )

*Relazione annuale CIO* ( Comitato Infezioni Ospedaliere) in cui viene descritta l’attività di pianificazione e verifica delle attività svolte al fine di ridurre il rischio infettivo

*Documenti di origine esterna adottati dalla nostra struttura*

Schemi di terapia empirica Progetto antimicrobial stewardship AUSL Romagna Antibiotico perché -SPIAR2019

PA212 Prevenzione e controllo infezioni correlate all’assistenza ( Doc. origine esterna AUSL Romagna)

PA21 Misure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico( Doc. origine esterna AUSL Romagna)

Segnalazione al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) tramite Scheda di Segnalazione di Caso di Malattia infettiva( SSCMI ultima revisione)



<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	<p>Dal monitoraggio su ICA nel 2024 si sono verificate 60 casi di infezioni di cui il 67,31% nosocomiali. Delle 60 ICA, 11 sono infezioni da Clostridium, opportunamente segnalate al Dipartimento di Sanità Pubblica, nessun caso di legionellosi è stato registrato nel 2024</p> <p>Nel 2024 non si sono verificati casi di sepsi post-intervento</p> <p>Partecipazione al flusso SICHER: nel primo semestre 2024, su 259 interventi non si sono verificate infezioni del sito chirurgico (rate 0).</p>
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Formazione: partecipazione al corso promosso dalla regione <i>Governo del rischio infettivo correlato all'attività assistenziale</i></p> <p>Adesione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico attraverso l'invio dei dati al flusso <i>SICHER</i></p> <p>Monitoraggio controllo ICA, consumo antibiotici e idrogel alcolico con analisi annuale e trimestrale</p> <p>Riunioni periodiche CIO e TOLI (team operativo locale integrato da s. tecnico per rischio legionellosi)</p> <p>Continuato monitoraggio su screening pazienti colonizzati da MRSA/MSSA in preparazione ad intervento di protesi di anca e ginocchio</p>
<b>Prospettive future</b>	Continuare monitoraggio

SCHEDA N.7

VISITE PER LA SICUREZZA ( PROGETTO REGIONALE VISITARE)

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<p>Manuale per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori( Ministero della salute) 2012 Il giro per la sicurezza del paziente (Safety Walkaround) Disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO: 6° criterio Requisito 6.3 : programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</p>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>Il progetto visitare ( Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna)ha lo scopo di verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure, delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione. Fare emergere nei contesti coinvolti le criticità legate a pericoli presenti e fattori di rischio correlati a eventi avversi, al fine di adottare le relative misure di contenimento e prevenzione CICLO DEL PROGETTO VISITARE 1. Scelta U.O. in cui effettuare Visita (Direzione Aziendale e Team) 2. Definizione item minimi, raccomandazioni e buone pratiche (Team Aziendale) 3. Informazione/condivisione con direttore/Coordinator - Questionario cultura operatore Tempo 0 4. Informazione/condivisione con equipe medica e infermieristica U.O. - Questionario cultura operatore Tempo 0 5. Prima visita U.O. - Questionario Team tempo 0 6. Dopo 2 Sett.: incontro Direttore/Coordinatore - Risultati questionario cultura operatore - verbale Prima Visita - Pianificazione azioni di miglioramento 7. Dopo 6 mesi: Seconda visita U.O. - Questionario TEAM tempo 1 8. Dopo 2 sett.: incontro Direttore/Coordinatore - verbale Seconda Visita - valutazione esito azione di miglioramento 9. Feedback equipe - Questionario cultura operatore Tempo 1 10. Report conclusivo ViSiTa - verbale Visite - esiti questionari cultura operatori before/after - azioni di miglioramento realizzate</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>In considerazione delle criticità rilevate , si è focalizzata l’attenzione su cadute, contenzione, violenza su operatori, gestione farmaci.</p>
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>Nel 2024 la CdC ha implementato un’azione di miglioramento( AM n°101) per realizzare il Progetto VISITARE attualmente in fieri</p>
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>Completare AM (Azione di Miglioramento) n°101 Progetto Visitare nel 2025</p>



**SCHEDA N. 8**

**SINISTRI**

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<p>L. R. 7 novembre 2012, n. 13          Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale          DGR 884/2013"disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012          L. 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          D.lgs 81/08          D.Lgs.28/2010          Codice Civile, Codice di Procedura Civile, Codice Penale, Codice di Procedura Penale          DGR1706 del 2022          9 11 2009 integrata da DGR2108 del dic 2009 che sostituisce integralmente l'allegato 1" individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio"          DM 19 dicembre 2022          Decreto 15 dicembre 2023 n°232</p>														
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>DVR 2017 e successive modifiche e integrazioni          Relazione annuale eventi avversi          ISTQ13 02 Gestione Sinistri          ISTQ0602 Informativa Rischi Per Imprese Appaltatrici E Lavoratori Autonomi</p>														
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Nel corso del 2024 si sono definiti giudizialmente e/o stragiudizialmente gli esiti dei seguenti sinistri come da tabella successiva</p> <table border="1" data-bbox="469 1507 1501 1731"> <thead> <tr> <th>Evento</th> <th>€</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evento 1</td> <td>40.856,50</td> </tr> <tr> <td>Evento 2</td> <td>381.648,64</td> </tr> <tr> <td>Evento 3</td> <td>10.000,00</td> </tr> <tr> <td>Evento 4</td> <td>20.146,79</td> </tr> <tr> <td>Evento 5</td> <td>716.779,71</td> </tr> <tr> <td>Evento 6</td> <td>224.497,66</td> </tr> </tbody> </table>	Evento	€	Evento 1	40.856,50	Evento 2	381.648,64	Evento 3	10.000,00	Evento 4	20.146,79	Evento 5	716.779,71	Evento 6	224.497,66
Evento	€														
Evento 1	40.856,50														
Evento 2	381.648,64														
Evento 3	10.000,00														
Evento 4	20.146,79														
Evento 5	716.779,71														
Evento 6	224.497,66														
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>E' stata redatta nuova istruzione ISTQ1302:gestione contenzioso sinistri</p>														
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>Istituire formalmente Comitato Valutazione Sinistri nel corso del 2025</p>														



SCHEDA N. 9  
FARMACOVIGILANZA

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decreto ministeriale 30 aprile 2015 Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmaco vigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012 n 228</li><li>• 20 06 2022 nuova rete di farmacovigilanza(RNF) con un nuovo strumento di segnalazione on line di sospetta reazione avversa(AIFA)</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	<p>Dal 20 06 22 ha avuto avvio la nuova rete di farmacovigilanza(RNF) con un nuovo strumento di segnalazione on line di sospetta reazione avversa, ma sono disponibili anche le schede cartacee di segnalazione di sospetta reazione avversa sia per operatori che per i cittadini. La Casa di Cura ha pertanto diffuso la scheda per operatori e la guida alla compilazione della scheda stessa, mettendola in rete fra i documenti di origine esterna</p> <p>La nuova modalità di segnalazione è stata presentata alla riunione mensile dei medici e all'incontro settimanale con CCII</p> <p>Procedura non conformità eventi avversi eventi sentinella</p> <p>Incident reporting</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	<p>Nel 2024 non sono state effettuate segnalazioni di ADR (Reazione avversa da farmaci) attraverso la specifica scheda di comunicazione agli organi competenti</p>
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Diffusione video pillola sulla farmaco vigilanza con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sull'argomento</p> <p>AM (Azione Miglioramento) n. 93 del 2023</p> <p>Diffusione ai medici operanti in struttura note informative AIFA pervenute nel 2024</p> <p>Diffusione ai medici operanti in struttura Schede di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci(ADR)</p> <p>Incontro con medici ad un momento formativo, realizzato in collaborazione con referenti AUSL Romagna, su uso responsabile ed appropriato degli antibiotici da prescrivere ai pazienti in dimissione</p>
<b>Prospettive future</b>	<p>Ulteriore sensibilizzazione del personale medico ed infermieristico utilizzando incontri e diffusione della video pillola come strumento divulgativo importante</p>

**SCHEDA N. 10  
DISPOSITIVOVIGILANZA**

<p><b>Letteratura/Normativa di riferimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici , sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico diagnostici in vitro”Aggiornamento Maggio 2013 – commissione regionale dispositivi medici Emilia Romagna Aggiornamento novembre 2022</li> <li>• Tracciabilità dei dispositivi medici ai fini della vigilanza e della rilevazione dei consumi e della spesa Novembre 2015( Direzione generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione Servizio Assistenza Territoriale- Area Farmaco e Dispositivi Medici)</li> <li>• Circolare Ministero della salute: indicazioni relative a taluni aspetti Regolamento(UE) 2017/745 in materia di dispositivi medici</li> <li>• Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici DGR22 novembre 2019-Determina Giunta Regionale 14 marzo 2022</li> <li>• DM 31 03 22 istituzione rete nazionale per la dispositivo vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa</li> <li>• DM 26 Gennaio 23 Termini e modalità dei reclami che coinvolgono dispositivi medici da parte degli operatori sanitari ,degli utilizzatori profani e dei pazienti</li> <li>• (DM Min.Sal 11.05.2023 - Registrazione e conservazione Identificativo Unico UDI dei Dispositivi medici) per allegare un chiarimento del Ministero sulla registrazione e conservazione in modalità elettronica.</li> <li>• Lettera Regionale prot. PG/2024/218017 del 29.02.2024</li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b></p>	<p>Adesione al coordinamento regionale referenti aziendali</p> <p>Gli operatori sanitari che nell’esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al RAV ,che a sua volta provvederà a darne comunicazione al ministero secondo le normative vigenti</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b></p>	<p>Non sono stati rilevati incidenti</p>
<p><b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>Presentazione alle riunioni periodiche dei medici e dei CCII delle nuove “Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici” rivolto soprattutto ai referenti aziendali vigilanza(RAV)come primo step per un percorso di recepimento della normativa attualmente in fase di evoluzione (Az. Miglioramento n.94)</p> <p>14 06 23 partecipazione di RAV webinar : Incontro Dispositivo Vigilanza strutture private accreditate</p> <p>Diffusione in rete delle slide presentate all’incontro</p> <p>Partecipazione di RAV a Incontri Dispositivo Vigilanza Strutture Private Accreditate organizzate da RER. Diffusione nella rete aziendale delle slide presentate agli incontri</p>
<p><b>Prospettive future</b></p>	<p>Continuare monitoraggio</p>



SCHEDA N. 11

CADUTE

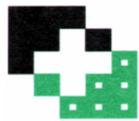
<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti in ospedale Dicembre 2016</li><li>• Raccomandazione Ministeriale N° 13 2011</li><li>• DGR1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie " ( 6° criterio Appropriatazza clinica e sicurezza)</li><li>• L.R. n.22/2019 - PG/2014/0466926 03 12 14</li><li>• PG /2016/0724115 del 18 11 2016</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	<p>ISTD0948 Prevenzione cadute +check list interventi preventivi per paziente a rischio caduta+Check-list per la sicurezza ambientale+ scheda di valutazione del rischio caduta dei pazienti</p> <p>In tale istruzione sono descritte le modalità di valutazione dei rischi ,gli interventi di prevenzione e le modalità di gestione in caso di caduta</p> <p>PAPC Piano aziendale prevenzione cadute</p> <p>PRQ1301 –Gestione non conformità, eventi avversi , eventi sentinella</p> <p>ISTD0975 Gestione dispositivi di contenzione</p> <p>ISTD09106 Movimentazione Pazienti</p> <p>MD0995 Scheda Segnalazione caduta</p> <p>Scheda di segnalazione spontanea degli eventi( Incident reporting)</p> <p>Annuale relazione vs RER Flusso SIMES in caso di Eventi.Sentinella.</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	<p>DATI 2024: 59 CADUTE (INDICATORE 2,98 PER 1000 GG DI DEGENZA ) di cui:34 senza danno , 24 con danno da minore a moderato e 1 con danno grave.</p>
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Formazione in aula -FAD –Sul campo</p> <p>Ripetute revisioni dell'istruzione</p> <p>Monitoraggio costante e analisi dei dati trimestrali e annuali</p> <p>Valutazione rischio cadute del paziente all'ingresso e durante la degenza</p> <p>Valutazione periodica sicurezza ambientale</p> <p>Acquisto letti ad altezza variabile</p> <p>Periodica manutenzione carrozzine ,letti e barelle</p> <p>Adeguamento nel 2017 al piano regionale per la prevenzione delle cadute</p> <p>Monitoraggio efficacia formazione fatta e retraining su movimentazione pazienti</p> <p>Diffusione video materiale informativo fornito dalla regione su prevenzione cadute</p> <p>Miglioramento della sicurezza ambientale attraverso rifacimento di bagni ,rivestimenti ,pavimenti .installazione corrimano nei corridoi e maniglioni nei bagni rinnovati</p>
<b>Prospettive future</b>	<p>Prosecuzione formazione su cadute Revisione PAPC</p>



SCHEDA N. 12

LESIONI DA COMPRESSIONE(ldp)

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle LDP 2018 nell'assistenza ospedaliera e territoriale</li><li>• Emergenza Covid :Integrazione linee di indirizzo regionali sulla prevenzione lesioni da pressione Maggio 2020</li><li>• Linee di indirizzo regionali "Guida alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione" Maggio 2022</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	ISTD0935 (Istruzione Prevenzione E Trattamento Delle Lesioni Da Pressione) + Allegati MD09215 MUST(Malnutrition Universal Screening Tool) MD0939 Scheda Braden MD09143- Sheda lesioni da pressione MRPA 145-01 Scheda valutazione /proposta continuità assistenziale
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	DATI 2024: 123 pazienti su 2286 con LDP pari al 5,38% dei pazienti totali, 20 di questi pazienti hanno avuto LDP insorte durante la degenza (nosocomiali) pari al 0,87%. Per quanto riguarda l'esito delle lesioni trattate, il 38,21% risulta migliorata, il 38,21% invariata, il 21,14% guarita e il 2,44% peggiorata.
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fine 2022 SEA su LDP, successivamente Azione Miglioramento n°87:</li><li>• Formazione in aula 2023</li><li>• Formazione FAD proposta dalla regione sul tema</li><li>• Revisione procedura con integrazione nuove linee di indirizzo regionale del 2020 e 2022</li><li>• Tempestivo contatto con il territorio per l'organizzazione della dimissione protetta</li><li>• Attuato monitoraggio costante dell'andamento LDP nell'UO Medicina /Lungodegenza</li></ul>
<b>Prospettive future</b>	Continuare monitoraggio costante andamento LDP



SCHEDA N. 13  
CONTENZIONI

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale Ultimo aggiornamento febbraio 2021 - Regione Emilia Romagna - Direzione generale cura della persona, salute e welfare –Servizio assistenza ospedalieraDGR4125 10 marzo 2021</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	ISTD 0975 Gestione dispositivi di contenzione : questa istruzione ha lo scopo di responsabilizzare gli operatori e l'equipe assistenziale di cui fanno parte e dà indicazioni circa la gestione dell'applicazione dei dispositivi di contenzione fisica. M0957 modulo per il consenso e monitoraggio MD09220 test valutazione 4AT- test di valutazione funzioni cognitive
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	La contenzione attuata si è limitata all'uso delle sponde in accordo con il paziente e con parenti e caregiver per motivi di sicurezza
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	Formazione FAD della piattaforma regionale e-Llaber "Preveniamo la contenzione-Buone pratiche in Emilia Romagna" Incontri con CCII Acquisto letti ad altezza variabile Musicoterapia Coinvolgimento caregiver
<b>Prospettive future</b>	Continuare ad attuare pratiche volte a prevenire la contenzione coinvolgendo anche i caregiver Formazione ulteriore



SCHEDA N. 14  
EMOVIGILANZA

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N°5</li><li>• DM 2 11 2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e emocomponenti</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	Il percorso della corretta gestione degli emocomponenti è descritto all'interno della specifica procedura PA139 GESTIONE DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE ( DOC. di ORIGINE ESTERNA AUSL ROMAGNA) e nelle istruzioni interne di raccordo con la medesima :IST0903 EMOTRASFUSIONE e IST0911 MANUTENZIONE EMOTECA
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	Nel 2023 non sono stati segnalati eventi avversi correlati all'uso del sangue ne' NC gravi
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	FORMAZIONE – ADDESTRAMENTO - AGGIORNAMENTO PROCEDURE VERIFICHE PERIODICHE DA PARTE DEI REFERENTI MEDICINA TRASFUSIONALE Monitoraggio non conformità in collaborazione con servizio di Medicina Trasfusionale Partecipazione COBUS AUSL ROMAGNA Tracciamento temperature di trasporto degli emocomponenti, comprese le unità di O negativo,utilizzando tecnologia Rfid e smartphone forniti dall'azienda USL Manutenzione preventiva frigoemoteca
<b>Prospettive future</b>	Formazione e monitoraggio non conformità in collaborazione con referenti Medicina Trasfusionale



**SCHEDA N. 15  
ALLONTANAMENTO**

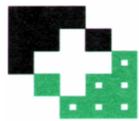
<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>“Linee di Indirizzo su prevenzione e gestione dell’allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie” Regione Emilia Romagna Direzione generale e sanità politiche sociali e per l’integrazione 2015</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	<p>Nella ISTD0999 “PREVENZIONE E GESTIONE DELL’ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE” sono descritte le modalità operative da adottare al fine di ridurre il rischio, prevenire e gestire l’allontanamento del paziente ricoverato</p> <p>Sono indirizzate a tutti gli operatori coinvolti in processi correlati alla cura e all’assistenza della persona ricoverata</p> <p>Nel flusso SDO viene indicata questa modalità di dimissione che viene monitorata attraverso indicatori</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	Nel 2024 si è verificato 1 caso di allontanamento del paziente senza eventi avversi
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	FORMAZIONE SUL CAMPO RIUNIONI con CCII COINVOLGIMENTO FAMILIARI CAREGIVER
<b>Prospettive future</b>	Continuare ad attuare pratiche per prevenire Continuare monitoraggio



SCHEDA N. 16

ATTI DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI

<b>Letteratura/Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccomandazione ministeriale n 8 del 2007</li><li>• “Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari” Agenzia Sanitaria e Sociale regionale Emilia –Romagna Maggio 2010</li><li>• Lettera Regionale PG 2018/564542 del 05 09 18</li><li>• DGR919 del 18 06 18 tratta al capitolo 1,4 della “Tutela della Salute e della sicurezza dei lavoratori nelle aziende sanitarie”</li><li>• D.lgs. 81/08</li><li>• Guida per la Stesura del Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)</li><li>• Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e sociosanitari</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</b>	<p>Piano previos (2018) redatto seguendo indicazioni regionali</p> <p>Istq1301 prevenzione segnalazione gestione episodi di violenza a danno degli operatori sanitari</p> <p>Mq1303 informativa per la gestione delle situazioni a rischio di violenza a danno degli operatori</p> <p>Schede di incident report relative ad atti di violenza da inviare a RER</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità</b>	<p>Nel 2024 si sono verificati 4 episodi di violenza a danno degli operatori con danno lieve moderato ; 3 di questi legati a paziente con problemi psichici che ha necessitato di ricovero in ambiente psichiatrico con TSO</p> <p>Tali episodi sono stati comunicati a centro rischio regionale con appositi moduli</p>
<b>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Formazione su comunicazione ed umanizzazione delle cure</p> <p>Sistema di videosorveglianza</p>
<b>Prospettive future</b>	<p>Continuare formazione ed incontri con il personale per limitare il più possibile atti di violenza anche solo verbale</p>



### **COPERTURA ASSICURATIVA:**

RESPONSABILITA' CIVILE STRUTTURA SANITARIA ai sensi L. 24/2017

LIMITE DI INDENNIZZO PER OGNI SINISTRO: MASSIMALE Euro 5.000.000,00

LIMITE DI INDENNIZZO ANNUALE: MASSIMALE Euro 15.000.000,00

Compagnia di Assicurazione Lloyd's Insurance Company S.A. POLIZZA LLOYD'S n. F250026617-LB

Per il 2024 vedi [www.sanlorenzino.com](http://www.sanlorenzino.com) L.24/2017

### **RISARCIMENTI EROGATI (ULTIMO QUINQUENNIO)**

Il quadro complessivo dei risarcimenti da pubblicarsi ai sensi dell' art. 4, co. 3 L. n. 24/2017 è consultabile anche sul sito web della Casa di Cura [www.sanlorenzino.com](http://www.sanlorenzino.com) al pulsante L. n. 24/2017.

evento	€	anno liquidazione
Evento 1	15.991,01	2020
Evento 2	25.501,70	2021
Evento 3	3.600,00	2021
Evento 4	90.000,00	2021
Evento 5	30.051,32	2021
Evento 6	2.800,00	2021
Evento 7	12.000,00	2021
Evento 8	2.091.452,92	2022
Evento 9	33.046,11	2022
Evento 10	1.200,00	2023
Evento 11	73.737,55	2023
Evento 12	51.303,80	2023
Evento 13	40.856,50	2024
Evento 14	381.648,64	2024
Evento 15	10.000,00	2024
Evento 16	20.146,79	2024
Evento 17	716.779,71	2024
Evento 18	224.497,66	2024