

RELAZIONE ANNUALE (ART. 2 COMMA 5 DELLA LEGGE 8
MARZO 2017, n.24) SUGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA
SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI
MIGLIORAMENTO

Anno 2021

Sommario

1. Premessa	3
2. Contesto di riferimento	3
3. Scheda descrittiva degli strumenti sulla sicurezza delle cure e relativi interventi.....	4
EVENTI SENTINELLA – MONITORAGGIO AGENAS.....	4
CADUTE	5
LESIONI.....	5
INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA	6
RECLAMI/SUGGERIMENTI DEGLI UTENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO	6
SINISTRI	7
ALLONTANAMENTO DELL’OSPITE.....	7

1. Premessa

La legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede che le strutture pubbliche e privati che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione inoltre, è previsto che venga pubblicata sul Sito internet istituzionale della Struttura.

Il CSRR MALACARNE ha da sempre diffuso, all'interno della propria organizzazione, la cultura del rischio con lo scopo di ridurre l'incidenza degli eventi garantendo l'attuazione di azioni volte a sviluppare le competenze del personale nella gestione del rischio al fine di garantire una migliore sicurezza sia per gli ospiti che per gli operatori.

2. Contesto di riferimento

Centro Socio Riabilitativo Residenziale MALACARNE è rivolto a portatori di handicap adulti che presentano rilevanti problematiche a livello comportamentale, associate ad un quadro di grave disturbo relazionale ed insufficienza mentale. Il centro si pone al contempo l'obiettivo di promuovere l'integrazione sociale degli ospiti e il mantenimento di relazioni significative con i loro famigliari.

Il Centro fornisce ai suoi ospiti, persone non autosufficienti e/o non autonome, un intervento continuativo, sostitutivo dell'ambito familiare o di altre condizioni, tale da garantire loro modalità adeguate e funzionali per fruire di buone condizioni di vita, di salute psicofisica e di relazione interpersonale nonostante le difficoltà che presentano. Per ogni disabile accolto viene redatto a cura del personale educativo e valutato dall'equipe multidisciplinare un progetto individualizzato, educativo riabilitativo da tradursi nella quotidianità in attività individuali e di gruppo mirate e personalizzate per l'acquisizione, lo sviluppo e il mantenimento di capacità comportamentali e affettivo relazionali; tale progetto è oggetto di confronto costante con la famiglia in incontri individuali periodici e/o al bisogno.

Periodicamente sono organizzati incontri con tutti i famigliari per la presentazione delle attività svolte e/o da programmare.

Il CSRR ha una capacità ricettiva di 19 posti letto, autorizzati con atto del 25/02/2005 rilasciata dal Comune di Ferrara, la struttura ha ottenuto con determina sempre del Comune di Ferrara n. DD-2010-391 del 28/12/2010 l'accreditamento transitorio e accoglie ospiti disabili e ospiti a valenza psichiatrica o in regime di accreditamento o di convenzionamento.

3. Scheda descrittiva degli strumenti sulla sicurezza delle cure e relativi interventi

EVENTI SENTINELLA – MONITORAGGIO AGENAS	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Accordo Stato Regioni 2008. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure • Ministero della Salute. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Luglio 2009 • Decreto Ministeriale 11 Dicembre 2009. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) • Mini. Salute. Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità - Giugno 2011 • Lettera Regionale ER prot. PG/2016/91169 del 12.02.2016 “Comunicazione relativa alla segnalazione di eventi sentinella” • Circolare RER prot. PG/2016/106553 del 18.02.2016 relativa ai criteri per la definizione dell’evento sentinella “caduta di paziente” • Circolare RER prot. PG/2016/383095 del 24.05.2016 relativa alle istruzioni operative per la segnalazione degli accadimenti relativi a danno degli operatori sanitari • Circolare RER prot. PG/2016/514225 del 06.07.2016 relativa alle nuove schede SIMES C e D
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Il Ministero definisce evento sentinella un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione. È quindi da considerarsi sentinella quell’evento che determina esiti o condizioni cliniche che comportano cambiamenti nel processo assistenziale, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Morte ▪ Disabilità permanente ▪ Coma ▪ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione ▪ Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente ▪ Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva ▪ Rianimazione cardio respiratoria ▪ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio ▪ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO ▪ Altro (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture). <p>Strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio AGENAS ▪ Schede ministeriali SIMES

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2021 non si sono verificati eventi sentinella che comportano la segnalazione al Ministero della Salute attraverso l'applicativo SIMES, per il tramite della Regione.
CADUTE	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministero della Salute, "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale", raccomandazione n. 13, novembre 2011 Regione Emilia Romagna, ▪ Linea guida dell'Agency for Healthcare Research and Quality statunitense (AHRQ 2006); ▪ P.N.L.G. "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani" ▪ Linee indirizzo "Prevenzione delle cadute e promozione del benessere generale degli ospiti delle strutture per anziani" Regione Emilia Romagna Luglio 2015
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Le cadute accidentali rappresentano il più comune evento avverso all'interno delle strutture socio sanitarie.</p> <p>Specialmente in una persona anziana, una caduta può causare conseguenze mediche, funzionali e sociali di grande rilevanza e determinare pesanti ripercussioni sulla sua autonomia e sul suo stato di salute.</p> <p>Le cadute hanno importanti conseguenze anche in termini di costi per il sistema. Per quanto riguarda la spesa sanitaria e socio-sanitaria, c'è un'incidenza sia sui costi diretti relativi all'ospedalizzazione del paziente, per esempio per il trattamento di una frattura di femore conseguente a una caduta, che sui costi indiretti legati alla comparsa di patologie associate permanenti, alla modificazione dello stato funzionale e cognitivo del paziente e in considerazione dell'eventuale istituzionalizzazione</p> <p>Il monitoraggio di tale evento è attivo da diversi anni; è stato preso a riferimento l'andamento negli anni delle cadute ogni 1.000 gg di degenza, avendo come riferimento che la Pubblicazione della Regione Emilia Romagna Dossier 237/2014 "Misurazione della qualità dei servizi alla persona", individua che il valore medio delle cadute ogni 1000 giornate di degenza è pari a 1,1 %0 con i range da 0 a 4,7 %0.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Durante l'anno 2021 l'incidenza di cadute ogni 1000 gg di degenza pari allo 0,46%0 e pertanto perfettamente in linea con il riferimento RER.</p> <p>Il monitoraggio a 72h non ha evidenziato conseguenze medie e/o gravi.</p>
LESIONI	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier RER 94/2004 Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito ▪ Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale - RER Novembre 2018 • Commissione Reg. DM, Dir.Gen. Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. All 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, Gennaio 2016

Descrizione dello strumento/flusso informativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valutazione dell'indice di rischio: all'ingresso in struttura, attraverso la scala Braden, viene valutato e registrato il rischio di LdP di ogni ospite ▪ Pianificazione degli interventi preventivi ▪ Attività di trattamento : attraverso la valutazione dello stadio della lesione e il trattamento stesso. <p>I dati vengono monitorati semestralmente e annualmente attraverso la produzione di specifici report</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	I dati sulle lesioni insorte evidenziano, per l'anno 2021, un dato pari al 2,17%, attestandosi all'interno dei valori di standard regionale , ovvero entro il 5%
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Documento della Regione Emilia Romagna- Gennaio 2013 "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie".
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ha l'obiettivo di rilevare i casi di infezione allo scopo di mettere in atto adeguati interventi finalizzati ad evitare ulteriori casi; è una componente essenziale dei programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per i pazienti, i visitatori e gli operatori sanitari.</p> <p>Nello specifico sono attive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedure specifiche per la prevenzione delle infezioni correlate a cateterismo vescicale ▪ Procedure specifiche per la prevenzione dell'insorgenza di germi multiresistenti
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Per l'anno 2021 non si registrano casi di infezioni delle vie urinarie, né casi di clostridium difficile.
RECLAMI/SUGGERIMENTI DEGLI UTENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DPCM 19 Maggio 1995 "Schema di riferimento della carta dei servizi"
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Il sistema di gestione dei reclami/suggerimenti ha lo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotare l'organizzazione di uno strumento atto alla rilevazione di eventuali reclami e/o suggerimenti, a cui devono seguire una tempestiva risposta da parte dell'organizzazione; ▪ Analizzare le segnalazioni quale strumento atto al miglioramento della qualità erogata <p>L'utente ha la possibilità di inoltrare qualsiasi reclamo/suggerimento sia telefonicamente, che di persona, sia attraverso l'inoltro di una mail.</p> <p>La raccolta dei reclami viene effettuata dalla Coordinatrice di Struttura che preleva i moduli di reclami compilati dalla "cassetta reclami" presente presso l'ingresso della struttura ogni settimana.</p> <p>I reclami raccolti vengono quindi sottoposti a valutazione svolta dalla Coordinatrice di struttura. Da queste valutazioni, discussa anche con gli operatori, emergeranno le risposte della struttura con le relative azioni di</p>

	<p>miglioramento, cioè le modifiche, quando possibili, di quegli aspetti/attività di singoli operatori o dell'intero livello organizzativo che sono all'origine del reclamo.</p> <p>Tutto il percorso del reclamo, dalla compilazione del modulo da parte del cliente, alle proposte delle azioni di miglioramento da attivare, discusse in sede di coordinamento verrà consegnato al Responsabile Aziendale Qualità, che provvederà a rispondere all'utente, autore del reclamo, entro 30 gg., sia che il reclamo abbia condotto ad un'azione di miglioramento, sia che lo stesso non sia stato ritenuto pertinente.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2021 non sono stati presentati reclami né inerenti il rischio clinico né di altra natura.
SINISTRI	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge n.24 del 08 marzo 2017
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Garantire la gestione di denunce di sinistro ai sensi di legge, attraverso il coordinatore di Struttura e i propri consulenti legali ed assicurativi.</p> <p>Mantenere un monitoraggio dei sinistri.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2021 non è stata registrata alcuna apertura di sinistro.
ALLONTANAMENTO DELL'OSPITE	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie (regione Emilia Romagna luglio 2015)
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Prevenire e gestire l'eventuale allontanamento dell'ospite .
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso dell'anno 2021 non si sono registrati casi di allontanamento, non concordato, di ospiti.

