



La sicurezza dei pazienti al centro dell'attività della Provincia Italiana della Congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù

Il gruppo Provincia Italiana Suore Ospedaliere comprende tre case che offrono servizi di residenza per anziani, disabili psichici, persone con patologie di vario genere.

Complessivamente il gruppo **ogni giorno** si prende cura di **535** persone suddivise nelle tre case:

- Villa San Benedetto Menni. Si trova ad Albese (CO) con 250 posti letto
- Villa Rosa. Si trova a Viterbo (VT) con 150 posti letto e 40 assistenze domiciliare
- Villa San Giuseppe ad Ascoli Piceno (AP) con 95 posti letto.

Le strutture sanitarie e socio-assistenziali sono tenute a pubblicare sul sito aziendale le informazioni sui sinistri e sugli eventi avversi che avvengono nelle strutture in una logica di trasparenza. La richiesta normativa risponde all'esigenza di monitoraggio degli incidenti in un'ottica di miglioramento delle cure.

Le Case della Provincia Italiana Suore Ospedaliere hanno a cuore la sicurezza del paziente, per questo motivo da tempo si sono dotate di una politica atta a prevenire gli errori per ridurre gli incidenti che possono accadere durante le attività di assistenza.

Il sistema centralizzato di raccolta ed elaborazione dei dati prevede l'istituzione della figura del Risk Manager di gruppo che supporta le strutture nell'analisi degli eventi e nella definizione delle strategie correttive.

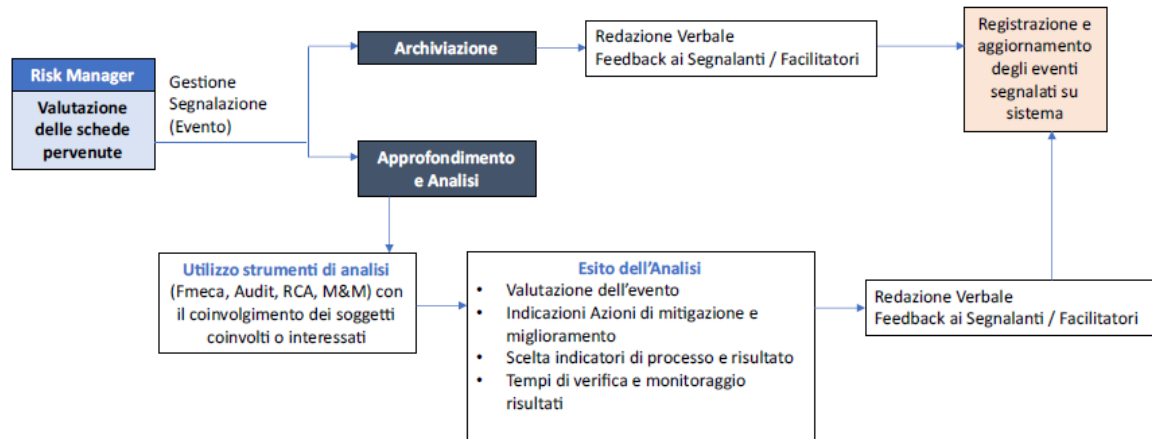
Il processo di segnalazione

Il processo messo in atto nelle tre strutture della Provincia ha comportato la predisposizione di un sistema di implementazione delle segnalazioni attraverso la compilazione da parte degli operatori di una scheda di segnalazione, denominata Incident Reporting.

La segnalazione viene presa in carico e analizzata dalle funzioni di Risk Management previste dal Sistema: coordinatore, facilitatori e Risk Manager della Provincia.



Di seguito si riporta il flusso della segnalazione:



Le tipologie di segnalazione sono suddivisibili in tre macrocategorie:

- **incidenti evitati (near miss):** rappresentano gli incidenti evitati o bloccati prima che possano arrecare danni
- **eventi senza gravi conseguenze (avversi):** incidenti o circostanze che non comportano gravi danni al paziente
- **eventi gravi (sentinella):** sono gli eventi avversi gravi e imprevisi che possono comportare la morte, un danno grave o permanente al paziente, oppure un rischio significativo di provocare tali conseguenze

L'attività di analisi viene svolta utilizzando strumenti quali:

- **Audit clinico:** Revisione sistematica delle procedure e delle pratiche cliniche per verificare il rispetto delle linee guida e l'efficacia degli interventi.
- **Failure Mode and Effects Analysis (FMEA):** Analisi proattiva utilizzata per identificare potenziali fallimenti nei processi e prevenire errori prima che si verifichino.
- **Morbidity and Mortality Reviews (M&M):** Riunioni periodiche svolte con lo scopo di analizzare casi clinici in cui si sono verificati esiti negativi, come complicanze (morbosità) o mortalità.
- **Root Cause Analysis (RCA):** Percorso di analisi dei processi organizzativi per migliorare la qualità e la sicurezza. L'obiettivo dell'RCA è andare oltre i sintomi superficiali del problema per individuare la causa fondamentale che ha dato origine all'evento, in modo da poter adottare misure correttive efficaci e prevenire la sua ricorrenza.



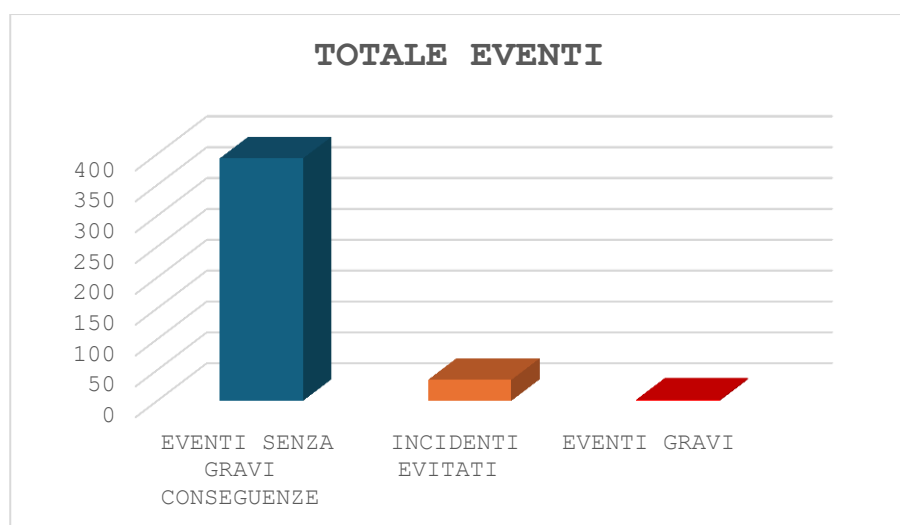
A seguito dell'analisi degli incidenti, vengono definite dalla Direzione le azioni correttive e/o le azioni di miglioramento da apportare alle attività previste nei Centri.

Tra le principali azioni correttive e/o di miglioramento nel corso del 2023 si segnalano la revisione di procedure e istruzioni operative dei processi assistenziali e l'importante investimento della Provincia nell'aggiornamento e nella formazione degli operatori, avvenuto attraverso, attività formative svolte sul campo, in aula e da remoto

Il monitoraggio degli incidenti e dei danni potenziali per il paziente all'interno delle strutture ha consentito di rilevare nel corso del 2023, **429** eventi.

L'80% sono stati oggetto di analisi e di approfondimento delle dinamiche al fine di individuare azioni correttive o azioni di miglioramento allo scopo di ridurre o, dove possibile, eliminare la possibilità che tali eventi possano riaccadere.

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
TOTALE EVENTI	N° 429	100,00%
EVENTI SENZA GRAVI CONSEGUENZE	393	91,61%
INCIDENTI EVITATI	34	7,93%
EVENTI GRAVI	2	0,47%



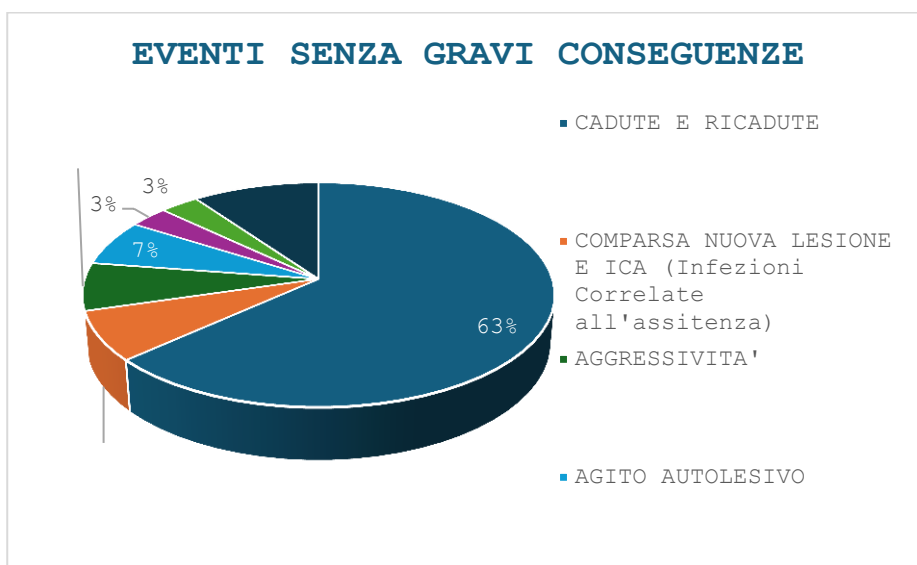


Eventi senza gravi conseguenze

I principali eventi occorsi nelle tre case sono state le **cadute** e sono avvenute principalmente nei setting assistenziali con anziani come le RSA.

Nella tabella seguente si riportano i dati aggregati delle Case della Provincia relativamente ai **principali eventi senza gravi conseguenze** e a seguire i dati per gravità.

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
TOTALE EVENTI SENZA GRAVI CONSEGUENZE	N° 393	100,00%
CADUTE E RICADUTE	249	63,36%
COMPARSA NUOVA LESIONE E ICA (Infezioni Correlate all'assistenza)	28	7,12%
AGGRESSIVITA'	27	6,87%
AGITO AUTOLESIVO	26	6,62%
ERRORI DI TERAPIA	12	3,05%
PROCEDURE ASSISTENZIALI	12	3,05%
ALTRI EVENTI	39	9,92%





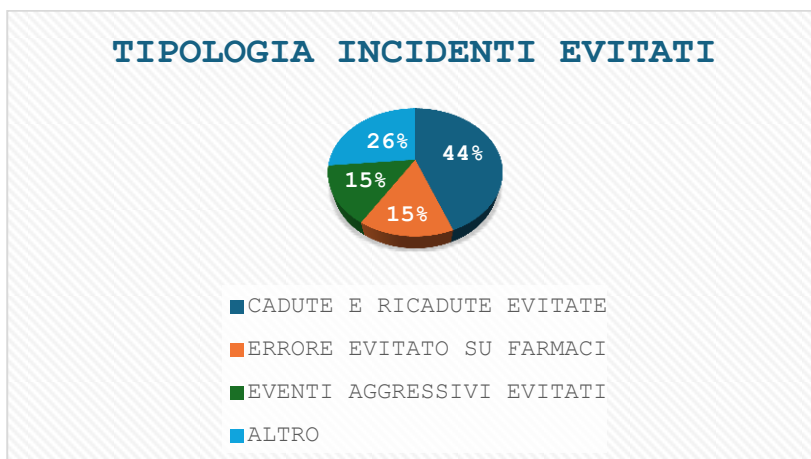
Riepilogo per gravità del danno occorso

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
GRAVITA' DELL'EVENTO	N° 393	100,00%
MINORE	130	33,08%
MODERATO	47	11,96%
SIGNIFICATIVO	43	10,94%
SENZA ESITO	117	29,77%
NON ESPLICITATO NELLA SCHEDA	56	14,25%

Gli incidenti evitati

Gli incidenti evitati sono un termometro importante per la sicurezza del paziente. Nel 2023 sono stati segnalati 34 eventi. La maggior parte di questi eventi è relativa alle cadute.

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
TIPOLOGIA INCIDENTI EVITATI	N°34	100,00%
CADUTE E RICADUTE EVITATE	15	44,12%
ERRORE EVITATO SU FARMACI	5	14,71%
EVENTI AGGRESSIVI EVITATI	5	14,71%
ALTRO	9	26,47%





Focus sulla Caduta

In considerazione del fatto che la caduta è l'evento più significativo che si è verificato nelle tre Case della Provincia, si riporta di seguito il dato aggregato delle tre Case su alcuni indicatori che sono stati utilizzati nell'analisi degli eventi per mettere in atto le azioni di miglioramento a protezione e sicurezza dei pazienti.

Nello specifico:

- Grado di gravità della caduta
- Se la caduta è avvenuta in presenza o in assenza dell'operatore
- Il luogo della caduta
- La fascia oraria della caduta

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
GRAVITA' DELLA CADUTA	N° 249	100,00%
MINORE	94	37,75%
MODERATO	17	6,83%
SIGNIFICATIVO	36	14,46%
SENZA ESITO	92	36,95%
NON ESPLICITATO NELLA SCHEDA	10	4,02%

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
PRESENZA OPERATORE	N° CADUTE 249	100,00%
PRESENTE	34	13,65%
NON PRESENTE	189	75,90%
NON ESPLICITATO NELLA SCHEDA	26	10,44%

PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
LUOGO DELLA CADUTA	249	100,80%
CAMERA DI DEGENZA	120	48,19%
BAGNO	36	14,46%
SOGGIORNO/PRANZO	38	15,26%
CORRIDOIO	36	15,26%
ESTERNO AI REPARTI / SPAZI COMUNI	19	7,63%



PROVINCIA ITALIANA SUORE OSPEDALIERE		%
FASCIA ORARIA DELLA CADUTA	249	100,00%
MATTINO (ore 07,00 - 14,00)	102	40,96%
POMERIGGIO (ore 14,00 - 21,30)	89	35,74%
NOTTE (ore 21,30 - 07,00)	55	22,09%
NON DICHIARATO	3	1,20%

Focus eventi aggressivi ed errori di terapia

Tra le diverse analisi dei dati emersi dalle segnalazioni pervenute riteniamo, seppur marginali nei numeri, di dover riportare altri due dati relativi alla gravità degli eventi occorsi in merito ad eventi aggressivi e ad errori di terapia.

Anche su questi argomenti sono state svolte analisi utilizzando tra gli strumenti citati in premessa quelli più idonei in ragione degli eventi accaduti.

In merito all'aggressività si segnala che sui 24 eventi segnalati nessun evento è stato classificato come significativo o grave.

In merito alle 14 segnalazioni relative ad errore di terapia 9 segnalazioni non hanno comportato un danno al paziente e 4 hanno comportato un danno minore. Non sono presenti segnalazioni che riportino significativi o gravi errori di terapia.

Conclusione: la presa in carico per la sicurezza del paziente

L'attività di Risk Management prevede un processo secondo il quale dall'analisi e dalla gestione degli eventi avversi, con e senza danno, si valuti la modalità necessaria per introdurre azioni di miglioramento del processo, delle procedure, dell'organizzazione, del funzionamento della struttura, che riducano in maniera significativa il verificarsi di ulteriori incidenti.

Generalmente tali attività comprendono modifiche nei protocolli di assistenza e coinvolgono una attività di riorganizzazione delle prestazioni.

Le azioni correttive e di miglioramento che sono state svolte, e che sono tutt'ora in corso, presso le strutture del gruppo sono raggruppabili per macro-temi e sono comuni a tutte e tre le Case della Provincia.

Le azioni di miglioramento messe in campo sono il risultato di un lavoro collettivo che coinvolge il team di risk management e gli operatori che sono quotidianamente sul campo nei setting assistenziali dove si sono verificati gli eventi.