



Direttore Sanitario: Dott.ssa Elisabetta Cinchini

## *Ufficio Gestione del Rischio Clinico – Ufficio Medico Legale*

### **Relazione annuale di cui alla legge n. 24 / 2017, art. 2, comma 5**

### **Anno 2020**

---

L'assetto organizzativo aziendale, per rispondere efficacemente alle contestuali esigenze della Gestione del Rischio Clinico e della Gestione del Contenzioso, compendia la figura del Clinical Risk Manager / Medico-legale, in staff con la Presidenza.

**La cultura dell'Ospedale p.a. di Quisisana di Ferrara è ormai da anni orientata essenzialmente sulla prevenzione degli “eventi avversi e/o indesiderati”, in linea con le logiche più moderne della Gestione del Rischio Clinico, strumento essenziale per la sicurezza del paziente, non senza trascurare la Gestione del Contenzioso.**

Il Clinical Risk Manager si avvale della collaborazione del NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), costituito dai responsabili medici delle Unità Operative, dalle Coordinatrici delle Unità Operative e del Poliambulatorio specialistico, dal Responsabile del Personale e dal Direttore Sanitario.

Il Clinical Risk Manager, coadiuvato dal NORC, in sintonia col documento della Regione Emilia Romagna (cfr. sito Web regionale <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/Funzionidelrisk-manageraziendale.pdf/view>), ha le seguenti funzioni:

- partecipa al Coordinamento regionale dei Clinical Risk Manager;
- coordina il *board* aziendale per la sicurezza delle cure del paziente;
- è di supporto alla Direzione aziendale per i compiti assegnati da normative nazionali e per programmi ed obiettivi regionali;
- individua le fonti informative relative alla sicurezza delle cure e supporta la Direzione strategica nel processo di acquisizione e integrazione di tali fonti;
- cura il flusso dei dati di interesse per la Gestione del Rischio Clinico: in particolare rende disponibili (alla Direzione aziendale, al data-base regionale ed al personale della Struttura) i dati

aziendali relativi agli eventi indesiderati (Incident Reporting ed Eventi Sentinella), definendo le tipologie dei sinistri, la loro entità e la loro frequenza.

- supporta la Direzione aziendale nella mappatura dei rischi (per quanto di propria competenza) e nell'individuazione delle priorità d'intervento;
- propone alla Direzione programmi di miglioramento della sicurezza dei pazienti, organizzazione del lavoro e monitoraggio dell'andamento dei rischi;
- elabora il Piano-Programma aziendale triennale per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio Sanitario, comprese le attività di formazione e di monitoraggio, anche ai fini della reportistica e dello stato di attuazione;
- promuove la diffusione della cultura della sicurezza delle cure, mediante seminari al personale, riunioni e colloqui personali o in gruppo, anche in attività e in progetti che non rientrano direttamente nel Piano Programma, favorendo le sinergie e l'integrazione attraverso osservazioni e proposte;
- promuove la diffusione e l'implementazione degli strumenti per la Gestione del Rischio Clinico (ad esempio: Incident Reporting, SEA, RCA, FMEA / FMECA, check list etc.);
- promuove a livello aziendale l'implementazione e il monitoraggio delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, anche allestendo e/o promuovendo procedure, direttive, linee guida etc.
- partecipa al Comitato aziendale di Valutazione dei Sinistri (CVS), al fine di contribuire all'analisi dei sinistri, nella prospettiva dell'identificazione degli ambiti di miglioramento per la sicurezza delle cure.

Nella **Gestione del Contenzioso** prevalgono tre aspetti.

1. LA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI. Sotto tale titolo sono riunite le attività dedicate principalmente alla prevenzione del rischio della conflittualità e della diffidenza nel rapporto fra cittadino e struttura sanitaria, definendo un ambito di intervento incentrato sul raffreddamento e la mediazione di conflitti. La comunicazione efficace con l'utente e la capacità di instaurare relazioni positive, o di recuperare quelle che si sono interrotte o sono degenerare in aspetti critici, sono il principale strumento di costruzione e mantenimento della fiducia. Soprattutto, qualora si verifichi un "evento indesiderato" o un "eventi avverso", al paziente e/o ai congiunti deve essere comunque assicurato ristoro morale. In tal senso, anche mediante seminari di formazione, Quisisana ha implementato una cultura della Comunicazione per gli operatori di tutte le qualifiche.
2. LA CONCILIAZIONE STRAGIUDIZIALE. In sintonia con le Strutture Sanitarie Pubbliche, da alcuni anni anche Quisisana ha potenziato l'impegno nei settori legale, assicurativo e medico-legale, instaurando un rapporto più stretto con gli incaricati della gestione delle pratiche assicurative, ottenendo migliori risultati nel reperimento delle compagnie di assicurazione e migliorando sensibilmente la soluzione dei sinistri. Sulla base di tali esperienze, il gruppo di lavoro (Comitato Valutazione Sinistri: CVS) intende valutare se una simile attività sistematizzata possa comportare

una riduzione dei conflitti, o garantirne una più rapida soluzione, esonerando la struttura sanitaria da pretese risarcitorie, quando risultino infondate. Per migliorare la Gestione del Contenzioso, facilitandone la risoluzione con tecniche di conciliazione, si intende procedere a:

- ◆ avvio di attività organizzative e procedurali per rispondere alla funzione di conciliazione;
- ◆ attivazione sperimentale della funzione di conciliazione e/o monitoraggio della stessa;
- ◆ azioni di sensibilizzazione, informazione e formazione;
- ◆ stipula di accordi con la compagnia di assicurazione per la cogestione dei sinistri;
- ◆ creazione di un osservatorio sinistri aziendale.

3. L'APPORTO DELLA MEDICINA LEGALE. Il CVS intende favorire lo sviluppo delle competenze specifiche di valutazione medico-legale della responsabilità professionale sanitaria in tutte le fasi dell'istruttoria medico-legale dei casi. L'istruttoria comprende: valutazione della sussistenza o meno del danno, del nesso causale con la condotta degli operatori e dell'entità del danno; valutazione della responsabilità in termini contrattuali, considerando anche le ipotesi di responsabilità oggettiva, dirimendo la necessità / opportunità di una transazione stragiudiziale; difesa della Struttura e/o del professionista (in funzione dei sinistri, ovvero se antecedenti o successivi alla legge 24/2017), in ambito sia penale (solo su richiesta del professionista), sia civile.

## Schede delle principali attività di gestione del rischio e del contenzioso

<b>Scheda descrittiva n. 1</b>	
<b>Tipologia</b>	<b>Incident Reporting</b>
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il sistema di Incident Reporting nelle organizzazioni sanitarie. Dossier 2003, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna.</li> <li>• Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità, Ministero della Salute, Giugno 2011.</li> <li>• DM 2 aprile 2015, n. 70 "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 n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>• DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza).</li> <li>• Clinical Incident Reporting: Australian Digital Health Research. In: <a href="https://www.digitalhealth.gov.au/using-the-my-health-record-system/maintaining-digital-health-in-your-practice/clinical-incident-reporting">https://www.digitalhealth.gov.au/using-the-my-health-record-system/maintaining-digital-health-in-your-practice/clinical-incident-reporting</a>.</li> <li>• Procedura aziendale sull'Incident Reporting.</li> </ul>
<b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b>	L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione spontaneo, nato in altre organizzazioni e successivamente adattato al contesto sanitario. Tale strumento è finalizzato ad accogliere, in un data-base regionale, gli eventi "indesiderati" che si verificano nella struttura.

	<p>La segnalazione viene effettuata dagli operatori delle professioni sanitarie della struttura (medici, infermieri, tecnici vari etc.) ed è oggetto di segnalazione qualsiasi evento, anche non produttivo di danno ai pazienti.</p> <p>Lo scopo del sistema di segnalazione è di avere a disposizione un database dal quale estrapolare eventuali situazioni di criticità del sistema assistenziale e – quindi – di maturare esperienza per prevenire gli eventi indesiderati.</p> <p>In considerazione della volontarietà e dell'anonimato delle segnalazioni, il limite della procedura è la potenziale sottostima degli eventi segnalati, il che richiede una forte sensibilizzazione degli operatori.</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b></p>	<p>I dati statistici del sistema di segnalazione sono periodicamente valutati dal Risk Manager della struttura e, qualora identificati elementi di criticità, sono oggetto di opportuni provvedimenti, in funzione di tipologia ed entità.</p>
<p><b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>L'analisi del rischio ha consentito alcune azioni di miglioramento, quali l'implementazione e/o l'aggiornamento di procedure per la gestione del rischio clinico, oppure la attivazione – per eventi singoli di una certa importanza – della procedura di Root Cause Analysis, per identificarne le cause e proporre azioni di miglioramento.</p>
<p><b>Valutazione risultati e prospettive future</b></p>	<p>I risultati dell'analisi del sistema di segnalazione ha dato ottimi risultati, sia in chiave di partecipazione degli operatori e ponendo Quisisana tra i maggiori segnalatori delle strutture private della Regione, sia per l'obiettivo prefissato.</p>

The screenshot displays the 'Segnalazione' (Reporting) form within the Emilia-Romagna INTRANET. The form is organized into several sections:

- Event Information:** Includes fields for 'Azienda' (Raggruppamento Case di cura), 'Dipartimento' (109 Casa di cura di FERRARA), 'Struttura Complessa' (QUISISANA - FE), and 'Denominazione'.
- Operational Details:** Fields for 'Struttura Semplice' (QUISISANA - FE), 'Qualifica operatore' (Non segnalato), 'Attività Libero Professionale', 'Tipo di prestazione' (Non segnalato), and 'Area disciplinare (Specialità)' (Non segnalato).
- Event Specifics:** Includes 'Luogo Evento' (Non segnalato), 'Data Evento (gg/mm/aa)', 'Ora Evento (hh:mm)', and a 'Descrizione Evento' text area.
- Event Typology:** A dropdown menu for 'Tipologia generale dell'evento' is set to 'Ritardo di procedura diagnostica'. A 'Tipologie selezionate' list is also present.
- Final Actions:** Checkboxes for 'Presenza Evento Sentinella' and a 'Tipologia di Evento Sentinella' dropdown, followed by 'Salva' and 'Annulla' buttons.

At the bottom of the page, the footer identifies the system as being 'a cura di Regione Emilia Romagna Agenzia Sanitaria Regionale' and provides the user's role as 'Raggruppamento Case di cura QUISISANA - FE Operatore'.

**Data-base Incident Reporting (pagina di accesso dell'Ospedale p.a. Quisisana Ferrara)**

## Scheda descrittiva n. 2

<b>Tipologia</b>	<b>Root Cause Analysis (RCA)</b>
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Root Cause Analysis (RCA) per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio. Dossier 2003, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna.</li> <li>• Tartari R.: Root cause analysis. Investigare oltre l'ovvio Human Error. FrancoAngeli ed., 2015.</li> <li>• Perilli G.: Root Cause Analysis Proattiva. Strumenti di diagnosi organizzativa per la prevenzione del danno evitabile. Il Sole 24 ore ed., 2011.</li> </ul>
<b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b>	La RCA è un'indagine strutturata su eventi avversi di una certa rilevanza, che si verificano nelle strutture sanitarie, che si avvale di tecniche di analisi per identificare le "cause radice" (ovvero le cause reali, primitive e non apparenti) delle criticità del sistema assistenziale e le azioni necessarie per rimuoverle. La RCA viene effettuata da un gruppo di lavoro (nella nostra struttura il NORC), previa identificazione dell'evento avverso attraverso il sistema di segnalazione, oppure poiché direttamente appreso dal Risk Manager. La RCA è finalizzata ad acquisire conoscenze sui problemi organizzativi causa di eventi avversi e monitorare i risultati delle azioni di miglioramento per ridurre il rischio clinico.
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b>	La Root Cause Analysis viene effettuata in una seduta "dedicata" del NORC: l'RCA viene istruita da un operatore (in genere una Coordinatrice) e condotta dal Risk Manager. La principale area di intervento nell'ultimo biennio è stata rappresentata dalle cadute accidentali nei reparti di degenza, che costituisce uno dei fenomeni più frequenti in strutture di analogia tipologia (Geriatriche, Lungodegenze etc.).
<b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	Le azioni di miglioramento derivate dalla Root Cause Analysis hanno di fatto agito soprattutto sulle cadute accidentali, mediante il perfezionamento delle procedure di prevenzione / gestione delle medesime e la preparazione del Piano aziendale per la prevenzione delle cadute.
<b>Valutazione risultati e prospettive future</b>	Il piano di miglioramento – ad esempio – ha consentito, nell'arco di cinque anni, di ridurre circa del 35% il numero di cadute accidentali nella struttura e ridotto le conseguenze. L'obiettivo resta quello di ampliare la RCA ad altre tipologie di eventi avversi, con le medesime finalità.

### CAUSE RADICE

<b>Organizzazione</b> (protocolli, procedure, comunicazione, priorità di gestione ecc.)		<b>Risorse Umane</b> (legati alle conoscenze, all'esperienza, al ruolo ecc.)	
			<b>Esito:</b> _____
<b>Ambiente e Tecnologie</b>		<b>Altri fattori</b> (legati al paziente o inclassificabili)	

### GRIGLIA DI AGGREDIBILITÀ

CAUSA RADICE	A) CORRELAZIONE EVENTO (1 – 5)	B) POSSIBILITÀ DI INTERVENTO (1 – 5)	"SCORE" COMPLESSIVO (A x B)

### RCA (diagramma finale a termine analisi)

### Scheda descrittiva n. 3

Tipologia	Prevenzione degli eventi sentinella
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Ministero della Salute, 2009.</li> <li>• Monitoraggio degli eventi sentinella - 5° Rapporto: settembre 2005 – dicembre 2012. Ministero della Salute.</li> <li>• Monitoraggio Raccomandazioni per la prevenzione degli Eventi Sentinella Manuale utente. AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari nazionali). Si veda in: <a href="http://raccomandazioni.agenas.it/Guida_Rapida.pdf">http://raccomandazioni.agenas.it/Guida_Rapida.pdf</a>.</li> <li>• Patient Safety Systems Chapter, Sentinel Event Policy and RCA2. The Joint Commission, 2018. Si veda in: <a href="https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx">https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx</a></li> <li>• Procedure aziendali per:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— l'identificazione del paziente</li> <li>— la prevenzione delle reazioni trasfusionali</li> <li>— la prevenzione del danno da farmaci (3 procedure)</li> <li>— la prevenzione delle cadute accidentali</li> <li>— la prevenzione del suicidio dei pazienti ricoverati</li> <li>— la prevenzione della violenza su operatori</li> </ul> </li> <li>• <b>È necessario sottolineare che – oltre le richiamate procedure, inerenti gli eventi sentinella – Quisisana è dotata di un cospicuo numero di procedure, che vengono periodicamente aggiornate dal NORC.</b></li> </ul>
<b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b>	<p>Secondo l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) si definisce evento sentinella <i>&lt; un evento avverso, particolarmente grave, 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 condizione 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 &gt;</i>. L'elenco degli eventi sentinella è indicato dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia R.</p> <p>Il Ministero della Salute ricorda – invece – che gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Oltre ai sistemi di segnalazione degli eventi indesiderati (v. scheda n. 1), assumono notevole rilievo, in una logica di gestione del rischio clinico, il monitoraggio e la prevenzione degli eventi sentinella, importanti azioni che hanno come obiettivo assumere informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, eliminarne o ridurre i fattori di rischio e assumere adeguate misure correttive.</p> <p>La segnalazione degli eventi sentinella avviene con apposita modulistica, trasmessa alla Regione Emilia Romagna.</p> <p>Inoltre, la struttura partecipa ogni anno attivamente al monitoraggio degli eventi sentinella promosso da AGENAS.</p>
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b>	<p>La rilevazione degli eventi sentinella a Quisisana avviene mediante il sistema di Incident Reporting, o per segnalazione diretta degli operatori al Risk Manager, che poi provvede all'istruttoria dell'evento e alla seguente segnalazione alla Regione Emilia Romagna. Alla rilevazione e segnalazione segue la predisposizione di una Root Cause Analysis.</p>

<b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	Poiché gli eventi sentinella sono automaticamente assoggettati ad una Root Cause Analysis, si rinvia alla scheda n. 2 per quanto attiene la valutazione delle azioni di miglioramento, anche poiché i rari eventi sentinella registrati nella struttura affluiscono alle cadute accidentali.
<b>Valutazione risultati e prospettive future</b>	I risultati di una rigorosa applicazione delle procedure è fonte di un sensibile miglioramento della qualità assistenziale. Dal 2018 sono monitorate le procedure con indicatori più efficaci, che consentirà un monitoraggio ancora più rigoroso dei risultati delle azioni di miglioramento.

The screenshot shows the AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) interface. On the left, a user profile for MAURO MARTINI is displayed with details such as 'Tipo Utente: Compilatore Istituto', 'Struttura: CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.', and 'ID Monitoraggio: 191'. A red arrow points from the 'Valida ed Invia alla Regione' button to the 'Stato Monitoraggio' field, which is marked as 'Completato ed Inviato alla Regione'. Below this, a legend indicates 'Compilazione completa' (green), 'Compilazione parziale' (yellow), and 'Non Compilata' (red). On the right, the 'Elenco Raccomandazioni' section lists 17 recommendations with columns for 'Codice Raccomandazione', 'Descrizione Raccomandazione', 'Stato', and 'Funzioni'. A 'Checklist di Sala Operatoria' is also visible at the bottom right.

**SITO AGENAS (validazione delle procedure Ospedale Quisisana Ferrara, anno 2019)**

**Scheda descrittiva n. 4**

<b>Tipologia</b>	<b>Indagini di prevalenza delle ICA</b>
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Miller IF et al.: Estimating infection prevalence: Best practices and their theoretical underpinnings. <i>Ecol Evol.</i> 2018 Jul; 8(13): 6738–6747.</li> <li>— JCHAO (Joint Commission International): Hospital Infection Prevention and Control; in: <a href="https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/infection-prevention-and-control/hospital-infection-prevention-and-control/">https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/infection-prevention-and-control/hospital-infection-prevention-and-control/</a></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Agenzia Sanitaria e Sociale RER: Sorveglianza nazionale ICA; in <a href="https://assr.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/ica-risultati-2016-2017">https://assr.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/ica-risultati-2016-2017</a></li> <li>— Agenzia Sanitaria e Sociale RER: Infezioni in Ospedale: studi di prevalenza; in: <a href="https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/innovazione-sanitaria/-antibioticoresistenza-infezioni/prcar/sorveglianza-rischio-infettivo/infezioni-ospedale-prevalenza">https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/innovazione-sanitaria/-antibioticoresistenza-infezioni/prcar/sorveglianza-rischio-infettivo/infezioni-ospedale-prevalenza</a></li> <li>— Ministero della Salute: Studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti - protocollo ECDC; in: <a href="http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&amp;id=2791">http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&amp;id=2791</a></li> </ul>
<p><b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b></p>	<p>Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici rappresentano un pericolo significativo per la sicurezza dei pazienti, per le quali si richiedono interventi mirati.</p> <p>Gli studi di prevalenza sono un utile strumento per rilevare dati sulla frequenza di infezioni, sull'utilizzo di dispositivi invasivi e sull'uso di antibiotici nei diversi reparti di degenza.</p> <p>Questi dati possono essere utilizzati nell'ambito di programmi di miglioramento della qualità, anche per aumentare la percezione della rilevanza del fenomeno da parte degli operatori sanitari, nell'ambito della formazione.</p> <p>È da sottolineare che in epoca epidemica (Codiv-19) tale indagine assume una rilevanza ancor maggiore.</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b></p>	<p>Le rilevazioni di prevalenza vengono eseguite all'Ospedale Quisisana due volte all'anno (cadenza semestrale) per monitorare l'incidenza delle ICA.</p> <p>Tali rilevazioni vengono eseguite da due anni, estraendo vari parametri: sesso, età, sede dell'infezione, agenti patogeni responsabili, eventuali antibiotico-resistenze etc.</p> <p>Il tasso di incidenza delle ICA a Quisisana non ha mai superato il 4% (ultima rilevazione: 3.85%), pertanto ampiamente inferiore a quello nazionale (all'incirca 8%).</p>
<p><b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>Non essendo stata riscontrata alcuna criticità, si è ritenuto comunque necessario proseguire nel monitoraggio e rafforzare tutte le misure in atto per un'efficace prevenzione.</p>
<p><b>Valutazione risultati e prospettive future</b></p>	<p>Nell'ultima osservazione stato possibile rilevare un lieve aumento delle infezioni a carico dell'apparato respiratorio che, per la prima volta, hanno superato quelle delle vie urinarie.</p> <p>Appare comunque necessario un monitoraggio nel tempo per comprendere tale inversione di tendenza.</p>



## N° infezioni accertate nel periodo di osservazione (ultima rilevazione Settembre 2020)

	N° pazienti degenti	N° totale infezioni	N° infezioni già accertate all'ingresso	N° infezioni contratte in degenza
<b>Geriatria</b>	70	15 (21,43 %)	14 (20,00 %)	1 (1,43 %)
<b>Lungodegenza</b>	101	12 (11,88 %)	5 (4,95 %)	7 (6,93 %)
<b>Totale</b>	171	27 (11,79 %)	19 (11,11 %)	8 (4,68 %)

Indagine di prevalenza delle ICA, Ospedale p.a. Quisisana Ferrara: tasso 4,68% e 3,7% su base annua (riferimento Regionale anno 2016 : 9,3%) per i reparti specifici.

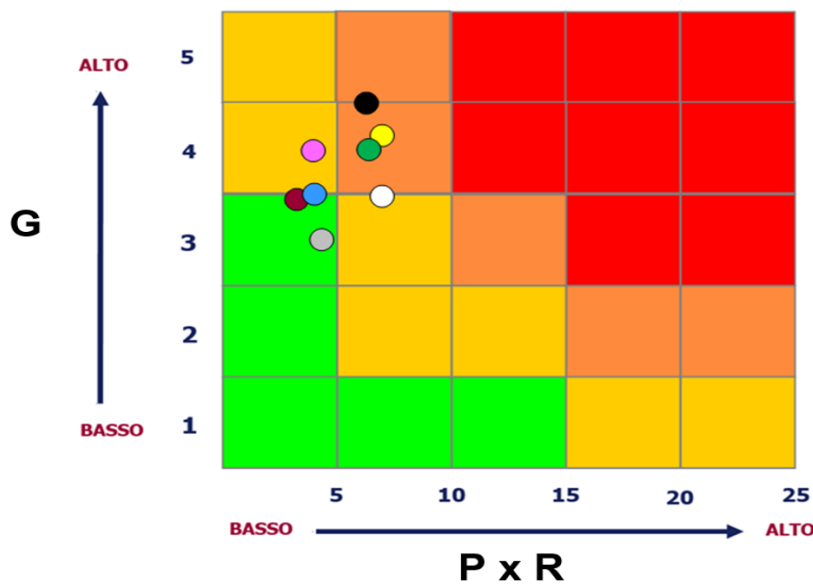
### Scheda descrittiva n. 5

Tipologia	Mappatura dei rischi
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— JCAHO (Joint Commission International): Survey analysis for evaluating risk. The SAFER Matrix. A new scoring methodology. Joint Commission Perspectives, May 2016, Volume 36, Issue 5.</li> <li>— Trisolini R. et al.: Mappatura dei rischi. Identificare i pericoli e valutare i rischi. Monitor, 31: 73-99, 2012.</li> <li>— Martini M., Pelati C. La mappa dei rischi. In Martini M., Pelati C: La gestione del rischio clinico. McGraw-Hill ed., 2011.</li> </ul>
<b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b>	<p>La Mappa dei Rischi – in coerenza con le indicazioni dell’Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna – ha l’obiettivo di delineare il quadro di riferimento per la conoscenza delle condizioni operative e dei comportamenti che possono causare eventi avversi nel corso delle attività assistenziali, con tutte le conseguenze che ne possono derivare.</p>

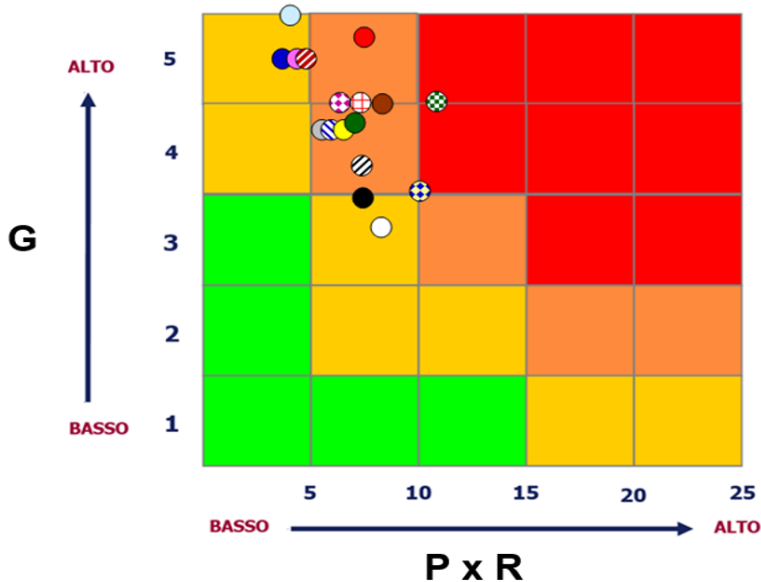
	<p>L'identificazione dei rischi richiede la catalogazione dei macroprocessi e dei microprocessi, per poi esaminare le possibili criticità concrete che si possono rivelare nell'organizzazione. Tale analisi deve portare a una classificazione per livello di rischio, per poi porre in essere i necessari interventi di miglioramento dei processi assistenziali, con varie metodologie, in particolare la HFMEA, secondo priorità definite dalla loro gerarchia.</p> <p>La Mappa dei Rischi rappresenta uno strumento "dinamico" e segue il divenire degli eventi, attuando una sorta di "benchmarking" cronologico, che permette – dopo gli interventi di analisi e miglioramento delle procedure – di revisionare nel tempo l'entità dei rischi identificati.</p>
<p><b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b></p>	<p>Si è innanzitutto ritenuto opportuno definire: in un primo momento otto "macro-processi" assistenziali (fase di ricovero, attività ambulatoriale, gestione della terapia farmacologica, identificazione del paziente, utilizzo di procedure e linee-guida, attività diagnostica in degenza, infezioni correlate all'assistenza, manutenzione degli apparecchi medicali).</p> <p>Si precisa che la prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) – data la loro attuale rilevanza – è stata considerata un macro-processo. In un secondo momento sono stati considerati i "micro-processi" assistenziali, riconducibili agli otto macro-processi catalogati. Tale analisi è stata condotta – in "brainstorming" – dal Nucleo Operativo Rischio Clinico dell'Ospedale p.a. Quisisana.</p> <p>L'analisi è stata portata a termine sulla base di numerosi elementi di valutazione: sistema di Incident Reporting, analisi del contenzioso, "feedback" degli utenti, esperienza e conoscenza degli operatori circa le attività assistenziali e delle loro problematiche etc.</p> <p>Si è dunque provveduto a un'analisi di ogni micro-processo, per delinearne il livello di rischio, secondo consolidate e note scale pentenarie (<i>Joint Commission International</i>), come di seguito indicato: valutazione della gravità degli eventi che potrebbero conseguire ad una criticità di sistema, valutazione della probabilità che possano accadere eventi avversi e valutazione della rilevanza, ovvero della possibilità di intercettare la criticità.</p> <p>L'analisi, con tale metodologia, ha quindi consentito di creare una griglia con "macro-processi" e "microprocessi" assistenziali, ognuno dei quali contenenti la valutazione di gravità delle potenziali conseguenze, probabilità di accadimento e probabilità di rilevazione delle criticità, con – alla fine – la definizione dell'IRC (Indice di Rischio Clinico).</p>
<p><b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b></p>	<p>A seguito dell'allestimento della mappa dei rischi è stato possibile intervenire con azioni di miglioramento (procedure, seminari informativi etc.), ancorché l'esame sia dei macro-processi, sia dei micro-processi assistenziali oggetto di analisi non abbia evidenziato IRC in area di alto rischio.</p> <p>In ogni caso, a termine della mappatura dei rischi è stata prevista un'intensa attività del Nucleo Operativo Rischio Clinico per ridurre in modo sensibile gli IRC.</p>
<p><b>Valutazione risultati e prospettive future</b></p>	<p>Per quanto possa apparire ridondante, è opportuno ricordare che l'allestimento della Mappa dei Rischi è un'analisi che –</p>

inevitabilmente – porta ogni organizzazione a risultati ben diversi, non solo per la dissimile attività che viene svolta da ogni struttura sanitaria, ma anche perché – al di là della gravità di un evento avverso che può derivare da una condizione di criticità (caratterizzante indistintamente tutte le attività in Sanità pubblica e privata) – ogni organizzazione si differenzia dalle altre – a volte in modo sensibile – per quanto attiene la probabilità di accadimento e la tracciabilità di momenti critici nel corso delle attività assistenziali.

Il confronto (IRC in particolare) tra la mappatura di un anno con quella dell'anno precedente consente una più precisa valutazione dei risultati ottenuti.



*Matrice di tutti i macroprocessi*



*Matrice dei più rilevanti microprocessi*

Mapa dei rischi dell'Ospedale p.a. Quisisana Ferrara (anno 2019): matrici dei processi

## Scheda descrittiva n. 6

Tipologia	Gestione del Contenzioso
<b>Letteratura / Normativa di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>— Glarum J.: Healthcare Emergency Incident Management Operations Guide. Butterworth-Heinemann; I ed. 2017.</li><li>— Agenzia Sanitaria e Sociale RER (a cura di Brini M. e Taroni F.): La gestione del rischio e del contenzioso. Il Pensiero Scientifico editore. 2014.</li><li>— Agenzia Sanitaria e Sociale RER: La gestione del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie Una proposta regionale. L'informazione in pillole; n. 39 / 2007.</li></ul>
<b>Descrizione dello strumento / flusso informativo</b>	La gestione del contenzioso – già ancora extragiudiziario – a fronte di richieste di risarcimento, all'Ospedale Quisisana è affidata ad un Comitato Valutazione Sinistri, costituito dal Legale e dal medico legale fiduciario della Struttura, nonché dal Broker assicurativo.
<b>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</b>	<p>La crescita esponenziale del contenzioso giudiziario per veri, o presunti danni ai pazienti da reali, o presunte criticità professionali connotate da imperizia, imprudenza, negligenza, o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline, rappresenta un fenomeno di tutto rilievo non soltanto in Italia, ma anche in tutti gli altri paesi con pari grado di evoluzione socio-economica.</p> <p>Tale riflessione ha portato la Struttura ad analizzare in modo sistematico la questione, cercando gli strumenti necessari, ma soprattutto assicurando il processo di prevenzione.</p>
<b>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</b>	<p>Tutto il sistema di Gestione del Rischio Clinico, attuato da diversi anni all'Ospedale Quisisana, oltre ad avere come prioritario obiettivo la sicurezza del paziente, è dunque anche finalizzato alla prevenzione del contenzioso.</p> <p>Pertanto, gli strumenti della Gestione del Rischio Clinico sono stati implementati nel corso degli anni, per rafforzare nei dipendenti della Struttura la cultura della prevenzione degli eventi avversi, da cui può nascere un contenzioso.</p>
<b>Valutazione risultati e prospettive future</b>	<p>I risultati positivi ottenuti (in particolare un contenzioso alquanto sporadico) stimolano a rafforzare la Gestione del Rischio Clinico, ma anche un più intenso confronto comunicativo e informativo coi pazienti e coi congiunti, finalizzato a differenziare in modo chiaro ed esaustivo la c.d. "malpractice" dagli "eventi indesiderati", ovvero estranei a ipotesi di colpa dei professionisti che operano nella Struttura.</p> <p><b>I sinistri gestiti dal momento della costituzione del CVS – a tutt'oggi – non hanno mai portato all'esborso di quote riconducibili a richieste di risarcimento.</b></p>