



**Logomedica Servizi S.A.S.**  
Via Roma 75/B Urbania 61049 (PU)  
Tel. 0722-317386 Cell. 347.4028143  
info@logomedica.it  
P.Iva 02671370415

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SUGLI EVENTI AVVERSI -ANNO 2023-

DATA	REDATTA	VALIDAZIONE E APPROVAZIONE
Marzo 2023	Resp. Qualità Dott.ssa Vanessa Riminucci Dott.ssa Elisa Palini	<b>Risk Manager:</b> Dott.ssa Vanessa Riminucci  <b>Responsabile Sanitario:</b> Dott.ssa Vanessa Riminucci  <b>Responsabile Ammi.vo</b> Dott.ssa Palini Elisa

### PREMESSA

Gestire il rischio clinico significa ridurre la probabilità che un paziente (o un operatore) possa incorrere durante le prestazioni sanitarie, in eventi in grado di determinare un danno dal punto di vista clinico.

In data 1° aprile 2017 è stata promulgata la Legge n. 24/2017, nota come Legge Gelli-Bianco, in tema di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità del personale sanitario. La suddetta Legge prevede che le strutture che erogano prestazioni sanitarie si attengano in linea con diversi punti, tra i quali:

1. la redazione di un report annuale (L. 24/2017 art. 2 comma 5) nella quale si rendono disponibili i dati relativi all'ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario;
2. presenza del Risk Management, ossia di un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (L. 208/2015 art. 1 comma 539), per



l'esercizio dei compiti di promozione delle attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Risk Management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante le varie fasi del processo clinico-assistenziale del paziente. Solo una gestione integrata del rischio può portare nel tempo a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e, soprattutto, vicina ai pazienti e agli operatori.

L'attività di Risk Management deve svilupparsi in più fasi:

- a) conoscenza ed analisi dell'errore (incident reporting, revisione delle cartelle cliniche, sistema di raccolta reclami degli utenti, etc.);
- b) individuazione e correzione delle cause di errore;
- c) monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- d) implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

## CONTESTO

Logomedica servizi S.A.S è una struttura sanitaria privata, che ha ottenuto l'accreditamento istituzionale regionale per il rilascio della diagnosi di "Disturbi Specifici dell'Apprendimento-DSA) e si occupa quindi di valutare e successivamente riabilitare tali disturbi in regime ambulatoriale.

Vengono altresì effettuati i seguenti trattamenti e servizi:

- Trattamenti specializzati (logopedici, neuropsicomotori, neuropsicologici e psicologici) per soggetti affetti da Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Per tali attività, visto il numero di casi trattati, la partecipazione a convegni e congressi, visto i continui scambi e collaborazioni con altre strutture accreditate e con l'UMEE di riferimento Logomedica servizi S.A.S. è considerata punto di riferimento sul territorio;
- Valutazione e trattamento della plusdotazione (collaboriamo in sinergia con Step-net l'associazione nazionale che si occupa di plusdotazione);
- Metodo Tomatis;
- Theraplay;
- Doposcuola specialistico DSA: vengono messi a disposizione dei ragazzi computer dotati di software compensativi (SuperMappe, MateMitica, Geco, C-Pen....);
- Supporto e consulenza pedagogica per la compilazione del PDP;
- Progetti di screening e corsi di formazione per insegnanti.

L'impegno del "Centro Logomedica Servizi S.A.S" è finalizzato a:

- facilitare l'accesso ai servizi riducendo al minimo i tempi di attesa e semplificando le procedure;
- garantire prestazioni riabilitative qualitativamente elevate, assicurando al paziente personalizzazione del trattamento, confort e sostegno umano;
- informare compiutamente e correttamente l'utente e/o i suoi familiari sugli aspetti diagnostici, prognostici e terapeutici, mettendoli in condizioni di decidere consapevolmente in merito ai trattamenti da effettuare;
- promuovere attraverso l'attività riabilitativa l'integrazione e l'autonomia dei soggetti con DSA;
- promuovere l'utilizzo dei moderni ausili/tecniche per migliorare la qualità della vita delle persone con DSA;
- sostenere le famiglie dei soggetti con DSA nella gestione delle eventuali problematiche;
- collaborare con enti (lettere alla specchio) ed istituzioni per un'adeguata inclusione scolastica dei bambini con DSA;
- promuovere il continuo aggiornamento nel campo della riabilitazione sostenendo progetti di ricerca scientifica.

## **STRUMENTI E AZIONI PRINCIPALI**

Per ottenere un efficace sistema di prevenzione e gestione del rischio sanitario l'organizzazione, attraverso le sue articolazioni competenti, utilizza principalmente gli strumenti di seguito riportati:

**a)** Sistema di segnalazione informatizzato (incident reporting) strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, involontari, anche causati da criticità organizzative latenti. Tali eventi possono determinare un danno al paziente o rappresentare situazioni di rischio, i cosiddetti near miss o "eventi evitati", che hanno la potenzialità di provocare un evento avverso con danno, che però non si verifica per effetto del caso fortuito o perché intercettato da barriere efficaci che ne impediscono il compimento.

Scopo principale del sistema di segnalazione volontaria è di sviluppare la cosiddetta "cultura della sicurezza" attraverso la non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore; la raccolta, la catalogazione e l'analisi degli eventi segnalati permette di "imparare dall'esperienza" vissuta nei singoli contesti e processi organizzativi, affinché si possano attivare progetti virtuosi di prevenzione dell'errore a tutti i livelli dell'organizzazione.

**b)** Incontri tra le persone coinvolte in un evento avverso, durante i quali vengono indagati tutti gli aspetti e i fattori che possono avere causato l'evento stesso, il che consente di individuare progetti di miglioramento da mettere in atto per evitarne il ripetersi.

**c)** Monitoraggio degli eventi sentinella e adozione delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente.

d) Attuazione delle misure di miglioramento avviate per il superamento delle criticità evidenziate mediante il Safety Walk Raund (SWR).

e) Formazione specifica degli operatori sanitari finalizzata a creare consapevolezza e cultura della prevenzione dell'errore, quale pilastro portante delle attività cliniche.

f) Implementazione di un sistema di raccolta e analisi delle segnalazioni e reclami degli utenti da parte del responsabile della qualità, quale strumento per il miglioramento dei processi e la semplificazione delle procedure mediante il continuo rapporto dialettico tra comunicazione interna ed esterna.

## **1. MONITORAGGIO ANNUALE EVENTI AVVERSI**

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Nell'anno 2023 (periodo 01.01.2023 – 31.12.2023), mediante il sistema dell'incident reporting, la revisione delle cartelle cliniche, i giri per la sicurezza e i briefing sulla sicurezza, sono stati raccolti n° 2 (due) eventi, dei quali 2 near miss e 0 eventi avversi con esiti lievi per l'integrità della salute psico/fisica del paziente/operatore. Nella fattispecie sono stati rilevati i seguenti eventi avversi/near miss: 2 cadute accidentali (esitate con danni lievissimi del paziente\_escoriazione).

### **1.1 ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI RACCOLTI**

Dall'analisi degli eventi avversi raccolti nell'anno 2023 presso Logomedica Servizi S.A.S., emerge che l'evento caduta è l'unico l'evento avverso/near miss che si manifesta. I due eventi segnalati sono caratterizzati da un carattere di "singolarità" e sono tutti quanti esitati come "quasi eventi" (near miss). Dall'analisi degli eventi avversi/quasi eventi "cadute", è emerso che il fattore favorente è principalmente riconducibile a caratteristiche intrinseche al paziente (iperattività) o nella disobbedienza (da parte del piccolo paziente) delle regole dettate dagli operatori ai pazienti. Dall'analisi, altresì, non sono emersi né fattori favorenti dell'evento caduta correlati ad una mancata vigilanza da parte degli operatori sanitari, né correlati a caratteristiche della Struttura e né di natura organizzativa e/o del mancato rispetto delle linee guida e/o protocolli messi in atto dalla Struttura.

## 2. MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL' ANNO 2023

EVENTO SENTINELLA	N° CASI
Morte o grave danno per caduta di paziente	0
Atti di violenza a danno di operatore	0
Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	Non applicabile
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Non applicabile
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Non applicabile
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	Non applicabile
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0
Errata procedura su paziente corretto	0
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Non applicabile
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	Non applicabile
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	Non applicabile
Procedura in paziente sbagliato	0
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	Non applicabile
Violenza su paziente	0

**Nell'anno 2023 non si sono verificati eventi sentinella nella nostra Struttura.**

## TABELLA RIASSUNTIVA ANNO 2023

Tipo di evento	Numero (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/ contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	2	Caratteristiche intrinseche del pz	Fortificazione del sistema di segnalazione mediante informatizzazione e raccoglitore apposito per il formato cartaceo con modalità anonima	Incident Reporting
Eventi avversi	0			Incident Reporting
Eventi sentinella	0 (Si veda tabella)			Eventi sentinella, protocollo ev. Sentinella
Totale	2			

Occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure oltre che apposita modulistica per la segnalazione mediante incident reporting.

In relazione alla presenza di reclami o sinistri si evidenziano fino a dicembre 2023: 0 segnalazioni.

Nessun reclamo formale è pervenuto nel corso del 2023.

### GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI / RECLAMI / SUGGERIMENTI

Si evidenzia che la maggior parte dei contatti, siano essi telefonici o scritti, non sono volti a segnalare un problema o disservizio, ma sono una richiesta di informazioni o di aiuto nel capire come muoversi, quale iter seguire per raggiungere l'obiettivo.

### AZIONI MIGLIORATIVE E PROATTIVE INTRAPRESE NELL'ANNO 2023

In relazione alla tipologia e alla casistica degli eventi avversi segnalati sono state definite e attuate le seguenti azioni di miglioramento:

- Creazione di corsi di formazione specifici diretti a tutti gli operatori sanitari per aumentare la cultura della sicurezza delle cure;

- Trasformazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi da cartaceo a informatizzato con la possibilità di tracciare piani di miglioramento e risultati;
- Diffusione di report sulle segnalazioni degli eventi avversi e dei servizi per sensibilizzare tutto il personale nei confronti dell'importanza della segnalazione degli eventi avversi o dei quasi eventi;
- Analisi delle criticità organizzative interne e dei servizi rispetto all'aderenza/scostamenti delle procedure interne aziendali.

#### **OBIETTIVI:**

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative;
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della Struttura.

#### **ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Sono state individuate per l'anno 2023 le seguenti attività di gestione del rischio clinico, declinate all'interno dei tre obiettivi strategici:

##### **A. *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative.***

1. Corso avanzato "La gestione del rischio nel percorso di cura" per N.1 operatore;
2. Corso di primo soccorso "Heartsaver RCP AED";
3. Corso interno sulle nozioni generali del rischio clinico (cos'è il rischio clinico, modalità prevenzione del rischio, comunicazione, documentazione sanitaria);
4. Il sistema di incident reporting è stato fortificato tramite sistema di segnalazione informatizzato o tramite formato cartaceo che l'operatore può inserire in un raccoglitore apposito con modalità anonima.

##### **B. *Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.***

5. Permanenza di un Safety Walk Raund (SWR\_giri per la sicurezza) all'anno;
6. Implementazione aggiornamento Cartella clinica;
7. Implementazione dei briefing sulla sicurezza;

8. Miglioramento dell'informazione dell'utente sulle prestazioni erogate mediante aggiornamento e revisione del format del consenso informato con successiva archiviazione digitale e firma grafometrica.
- C. ***Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.***
9. Implementare la sicurezza nei luoghi di lavoro;
10. Implementazione del servizio di pulizia dei locali, dei camici e delle divise per le segretarie.

<b>Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative</b>
<b>Attività 1:</b> Corso avanzato “La gestione del rischio nel percorso di cura”
<b>Indicatore:</b> Esecuzione di almeno una edizione del corso entro marzo 2024
<b>Standard:</b> sì_ attestato di partecipazione
<b>Fonte:</b> Responsabile formazione

<b>Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative</b>
<b>Attività 2:</b> Corso di primo soccorso “Heartsaver RCP AED
<b>Indicatore:</b> Partecipazione al corso dal personale di segreteria
<b>Standard:</b> sì_ attestato di partecipazione
<b>Fonte:</b> Responsabile formazione

<b>Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative</b>
<b>Attività 3:</b> Corso interno sulle nozioni generali del rischio clinico (cos'è il rischio clinico, modalità prevenzione del rischio, comunicazione, documentazione sanitaria) e del sistema di incident reporting, che è stato fortificato tramite sistema di segnalazione informatizzato con modalità anonima
<b>Indicatore:</b> Partecipazione al corso dal 75% dei collaboratori interni
<b>Standard:</b> sì_ attestato di partecipazione
<b>Fonte:</b> Responsabile formazione

**Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure riabilitative**

**Attività 4:** Il sistema di incident reporting è stato fortificato tramite sistema di segnalazione informatizzato con modalità anonima o tramite formato cartaceo che l'operatore può inserire in un raccoglitore apposito

**Indicatore:** Fruibilità del modulo sull'incidente reporting

**Standard:** Segnalazione volontaria degli operatori

**Fonte:** Responsabile sanitario

**Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 5:** Esecuzione di almeno un Safety Walk Raund (SWR) all'anno

**Indicatore:** Esecuzione di almeno un SWR entro il 31 dicembre 2023

**Standard:** sì\_ stesura del documento

**Fonte:** Responsabile sanitario

**Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 6:** Implementazione aggiornamento Cartella clinica

**Indicatore:** aggiornamento mensile

**Standard:** 75%\_ delle cartelle controllate

**Fonte:** Responsabile Sanitario

**Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 7:** Implementazione dei breafing

**Indicatore:** una volta settimana

**Standard:** si

**Fonte:** Responsabile Sanitario

**Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 8:** Miglioramento dell'informazione dell'utente sulle prestazioni erogate mediante aggiornamento e revisione del format del consenso informato con successiva archiviazione digitale e firma grafometrica.

**Indicatore:** Servizio di archiviazione digitale e di firma grafometrica nei nuovi consensi informati

**Standard:** si

**Fonte:** Responsabile della qualità

**Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.**

**Attività 9:** Implementare la sicurezza nei luoghi di lavoro

**Indicatore:** Controllo annuale degli impianti

**Standard:** si

**Fonte:** Responsabile sicurezza

**Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.**

**Attività 10:** Implementazione del servizio di pulizia dei locali, dei camici e delle divise per le segretarie

**Indicatore:** Divisa aziendale per tutti i collaboratori/dipendenti e adeguata pulizia degli ambienti in orario di chiusura della struttura per evitare cadute per pavimento bagnato.

**Standard:** si

**Fonte:** Responsabile sicurezza

#### **MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO:**

Il seguente documento avrà le seguenti modalità di diffusione:

- diffusione a cascata con ogni singolo collaboratore mediante colloquio individuale
- pubblicazione sul sito internet aziendale

Urbania, 11.03.2024

Risk Manager e Responsabile Sanitario

Dott.ssa Vanessa Riminucci

