



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

## **RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI OSPEDALE MARIA LUIGIA ANNO 2024 (legge n.24 - 8 marzo 2017 - Art.2 comma 5)**

L'Ospedale Maria Luigia è un ospedale privato accreditato, dedicato alla salute mentale e ai disturbi psichiatrici. Accreditato dalla Regione Emilia-Romagna è completamente integrato con i servizi pubblici secondo le direttive del sistema sanitario regionale e nazionale. L'ospedale si trova a Monticelli Terme, a pochi chilometri da Parma.

L'ospedale dispone di 164 posti letto. Sono presenti un'unità per il trattamento in ricovero ordinario e day hospital dei disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia e binge eating disorder) e un'unità neuropsicogeriatrica per il trattamento dei disturbi psichici di soggetti in età senile. Sono attivi programmi differenziati di trattamento per disturbi alcool correlati e disturbi da uso di sostanze. Per i disturbi d'ansia, dell'umore o dello spettro psicotico è previsto un programma di riabilitazione psichiatrica e interventi di riabilitazione individuale.

Ha sede presso l'ospedale un servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (SPOI) con 18 posti letto, che accoglie pazienti con quadro clinico acuto e sub-acuto, prevalentemente provenienti dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) o dai pronto soccorso, con possibilità di ricovero estesa alle 24 ore per invii da strutture regionali.

Dati su operatori impegnati a livello aziendale delle diverse professionalità al 31/12/2024:

Infermieri nr. 67;

O.S.S. nr. 50;

Medici nr. 23;

Ausiliari nr. 8;

Psicologi + TRP: nr. 14;

Altro personale nr. 23;

Il calcolo è stato fatto considerando dipendenti, somministrati e liberi professionisti.



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

Il rischio clinico è gestito nei suoi vari aspetti trattati nel piano programma annuale, sulla base della legge Gelli-Bianco del 2017, da un team aziendale che fa capo al risk manager affiancato da varie figure (RAQ, Direttore amministrativo, Responsabile Servizio Internistico, RLS, Responsabile del personale di assistenza), che ha sempre come ultimo referente il direttore sanitario.

Sono previste riunioni periodiche anche nell'ambito delle riunioni di staff e del Coordinamento infermieristico con analisi dei risultati raggiunti degli obiettivi indicati. Il monitoraggio dei singoli capitoli fa capo a data base e procedure dedicate.

Il presente documento è un report su elementi essenziali in materia di Sicurezza delle Cure e della persona assistita.



## 1) Prevenzione e controllo infezioni

- Anche nel corso del 2024 la gestione dell'infezione pandemica da Covid-19 ha comportato degli adattamenti organizzativi interni sempre allineati con le direttive ministeriali, regionali e locali, affrontati dalla Direzione Sanitaria e dai Responsabili di reparto nell'ambito delle riunioni settimanali di Staff.

Alla luce delle ordinanze ministeriali di fine anno 2023, si ribadisce l'obbligo di indossare le mascherine per lavoratori, utenti e visitatori nelle strutture sanitarie esteso sino al giugno 2024. La disposizione è rivista alla luce della circolare del Ministero della salute pubblicata in data 1/7/2024 in cui, pur togliendo l'obbligo delle protezioni delle vie aeree, si raccomanda l'opportunità di disporre l'uso nei diversi contesti della struttura ad es. in presenza di sintomatologia respiratoria o di soggetti fragili. La valutazione del rischio è affidata dalla Direzione sanitaria ai Responsabili ed alle Coordinatrici di reparto, con possibilità di intervento della Direzione in situazioni di rischio di infezione e/o trasmissione particolari e gravi e qualora ne ravvisasse la necessità.

La Direzione ribadisce la necessità dell'osservanza di precauzioni standard come l'igiene delle mani e delle necessarie misure ambientali come la pulizia costante degli ambienti e disinfezione delle superfici con disinfettanti attivi, in conformità alle linee guida e procedure interne. A ciò si aggiunge la necessità di adeguata ventilazione degli ambienti e corretta gestione dei rifiuti (vedi relativa procedura). Preso atto della situazione epidemiologica inerente al Covid-19 e delle conseguenti indicazioni del Ministero tese ad un progressivo ritorno alla normalità, all'inizio di luglio 2024 la Direzione sanitaria ritiene opportuno interrompere l'esecuzione dei tamponi all'atto del ricovero in struttura. I pazienti in ingresso in NPG sia dall'esterno che da altri reparti della nostra struttura, in considerazione delle particolari condizioni di fragilità e vulnerabilità, dovranno continuare ad eseguire il tampone rapido. Rimane indicata l'esecuzione del tampone in caso di insorgenza di sintomi respiratori in pazienti ricoverati o in altre situazioni di rischio identificate di volta in volta.

Il personale ha comunque in dotazione sempre idonei DPI vale a dire mascherine, filtranti faciali, sovracamici, visiere, sovrascarpe. Implementato l'utilizzo dei gel disinfettanti per il lavaggio delle mani.

Le visite dei famigliari sono sempre spostate all'esterno nel parco o in spazi interni con tavoli dotati di schermo in plexiglass di sicurezza.

A partire da giugno 2023 possono essere concessi i permessi di uscita ai pazienti con i loro famigliari, che, a discrezione del personale, possono anche accompagnare i pazienti in reparto al momento del ricovero.

Tutte le procedure di sanificazione della struttura e del reparto sono state revisionate alla luce delle indicazioni ministeriali, regionali e locali con utilizzo di prodotti idonei su base alcoolica e contenenti sufficiente cloro, sia dal personale interno che dalla ditta che ha in appalto le pulizie. E' stata aumentata la frequenza dei passaggi ed il trattamento di particolari aree es. vetrate dei fronte-office,



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

telefoni, tastiere, maniglie ecc. Il tutto è documentato nella revisione di idonea procedura.

Sono state fatte e sono documentate sanificazioni ambientali di aree e reparti ad opera di ditte esterne con prodotti attivi sui virus coronati. La struttura ha poi in dotazione ozonizzatori da usare al bisogno.

Anche l'impianto di condizionamento (UTA, condotte) è stato bonificato dopo accurata ispezione visiva secondo le normative di riferimento (standard e protocolli) applicate da ditta in service e sottoposto ad adeguati controlli microbiologici tramite esecuzione di tamponi ambientali prima della sua riaccensione, nell'ambito di una procedura che norma il tutto. Aspirati dalle polveri e sanificati anche i fancoil.

- un particolare rischio valutato e monitorato già dal 2006 è la legionellosi, per cui si rimanda al manuale di valutazione del rischio, periodicamente revisionato, l'ultima è proprio del 2023, che riporta inoltre l'installazione di un impianto fisso di dosaggio di sanizzante dell'acqua calda sanitaria e dell'acqua fredda, sulla base di Linee guida e sperimentazioni accreditate, e supportato da piani di manutenzione ed autocontrollo;
- nell'ambito della Sicurezza igienico-ambientale è stato introdotto e continua a venire utilizzato sia da parte della ditta in service che da parte del personale ausiliario interno un sistema di pulizia all'avanguardia, basato sull'uso di frange pre-impregnate in microfibra, una per ogni singolo locale e non riutilizzabile con lo scopo di impedire la veicolazione dello sporco e quindi della carica batterica da ambiente ad ambiente.

## **2) Schede di segnalazione dell'Incident Reporting compilate dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024 (adesione al Programma Incident Reporting RER)**

Il numero complessivo delle schede nel 2024 è di 5, distribuite fra i vari reparti.

Nella maggior parte dei casi si tratta di errori legati alla somministrazione della terapia senza conseguenze negative per il paziente classificate con un esito intermedio in quanto sempre eventi intercettati per cui è scattato un corretto monitoraggio del paziente.



SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO – Incident reporting

Tipologia	Incident reporting
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ F. Novaco, V. Damen “La gestione del rischio clinico”- Centro Scientifico Editore 2004- Qualità e accreditamento 29</li><li>▪ Regione Emilia-Romagna-Agenzia Sanitaria Regionale. DOSSIER 86-2003 “Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie” Sussidi per la gestione del rischio 2 Regione Emilia-Romagna-Agenzia Sanitaria Regionale. DOSSIER 75-2002 “FMEA-FMECA analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie” Sussidi per la gestione del rischio 1</li><li>▪ Ministero della Salute – FNOMCeO – IPASVI Manuale per la formazione degli operatori sanitari “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico” – Biblioteca “La professione”</li><li>▪ DGR 1706 del 9/11/2009 “Individuazione aree miglioramento della qualità cure e integrazione politiche assicurative e di gestione del rischio”</li><li>▪ Legge Gelli-Bianco del 2017</li></ul>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Scheda regionale incident reporting Flusso regionale incident reporting
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Riunione di reparto e analisi procedure correlate all’evento avverso Analisi tipologie di cartella informatizzata
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Introduzione braccialetto identificativo in fase di accettazione del paziente, sperimentato in SPOI
Valutazione risultati e prospettive future	Buona conoscenza delle procedure correlate agli eventi avversi. Ipotesi gestione farmaci informatizzata da sperimentare al primo piano

L’evento avverso registrato in data 25/06 consistente in errore di somministrazione della terapia ha visto una azione correttiva con riunione di reparto con tutti gli infermieri e i medici. Si sono riviste le procedure di gestione dei farmaci e di incident reporting.

A tal proposito sin dall’inizio dell’anno ci sono state varie riunioni per analisi tipologie di cartella informatizzata con ipotesi per i primi mesi del 2025 di inserimento gestione farmaci informatizzata da sperimentare proprio al primo piano.

L’evento avverso registrato in SPOI in data 12/8/24 caratterizzato da errata somministrazione di terapia per scambio di paziente è esitato in azione correttiva consistente in introduzione del braccialetto identificativo in fase di accettazione del paziente, sperimentato proprio in SPOI.



MARIA LUIGIA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

Nel caso dei nostri pazienti psichiatrici sono importanti ed influiscono nel determinare errori i fattori correlati alla tipologia del paziente es. paziente che assilla e disturba l'operatore che distribuisce o pazienti che si assemano chiedendo l'intervento dello stesso operatore che distribuisce la terapia.

Nel corso dell'anno 2024 è stata fatta la segnalazione di n.1 evento sentinella (vedi griglia sottostante)

SCHEDE DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO – Evento sentinella	
Tipologia	Evento sentinella
Letteratura/Normativa di riferimento	RER 06/12/2022 “Indicazioni operative per la gestione degli eventi sentinella” Ministero della salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella - 2009
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Flusso ministeriale SIMES Flusso regionale eventi sentinella
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Evento sentinella indagato con Root Cause Analysis e inviato in regione (relazione e scheda C ) e nel flusso SIMES (scheda A e B)
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Apertura sportello per gli operatori coinvolti nell'evento in collaborazione con il Servizio di Psicologia. Per l'evento viene programmata ed effettuata una Root Cause Analysis che ha individuato fattori contribuenti legati essenzialmente alla patologia del paziente
Valutazione risultati e prospettive future	Rivedere materiali inerenti il tema dell'evento sentinella e la formazione relativa del personale



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

### 3) Formazione

Eventi formativi organizzati dal Servizio Formazione nel corso del 2024:

- “Competenze internistiche nella pratica clinica psichiatrica” in due edizioni
- “Il gruppo come setting di lavoro”
- “ I disturbi del neurosviluppo”
- “Disassuefazione rapida da BDZ”

Nell’ambito della sicurezza si sono svolti:

<b>ELENCO CORSI ANNO 2024</b>			
<b>CORSO</b>	<b>NR. CORSI</b>	<b>NR. PARTECIPANTI</b>	<b>ORE</b>
CORSO FORMAZIONE GENERALE	1	31	4
CORSO FORMAZIONE SPECIFICA	1	32	12
CORSO PES + PAV	1	1	16
CORSO PES + PAV AGG.TO	1	1	4
CORSO ANTINCENDIO	1	20	16
CORSO BLSA SANITARIO	6	72	5

### 4) Elogi e reclami

Il parere degli utenti (pazienti e famigliari) è considerato importantissimo stimolo per attuare miglioramenti: le opinioni raccolte mediante i questionari di gradimento ( raccolti n.1036 questionari durante tutto l’anno 2024) e le note di elogio e/o reclamo sono oggetto di attento studio nonché risposta scritta da parte della Direzione, dopo adeguato confronto con i reparti. Sono proprio i pareri dei pazienti che hanno condotto negli anni passati a modificare l’orario del pasto serale e a cambiare la ditta che ha in gestione l’appalto del servizio ristorazione, nell’ambito di una ricerca della qualità e della soddisfazione del paziente.



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

## **5) Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti**

Eventi particolari della tipologia della struttura sono gli episodi di aggressività a carico di pazienti ed operatori.

Sono attive Linee Guida a valenza interna e la scheda di segnalazione nel formato regionale, adottato dall'inizio dell'anno su tutta la struttura dopo adeguata sperimentazione in reparti SPOI e DD.

REPORT gennaio-dicembre 2024

Totale schede n° 27

Nessun esito da significativo a severo

Prevalenza di nessun esito/danno e esito minore

Le schede consegnate sono in massima parte nel formato regionale adottato dall'inizio dell'anno su tutta la struttura, ad eccezione quasi solo di quelle che rilevano aggressività tra pazienti, come è corretto, raccolte su scheda interna, debitamente revisionata.

Ciò consente una compilazione dei vari item previsti dalla regione. Nell'ambito delle azioni di riduzione del rischio è stata indicata fundamentalmente la formazione del personale, già effettuata lo scorso anno nell'ambito del piano formativo.

La fine del 2024 ha visto l'applicazione del decreto legge 137/2024 specifico per arginare atti di aggressione verbale o fisica a danno degli operatori sanitari. Questo tramite affissione di una cartellonistica che evidenzia le novità del decreto affissa nei vari locali della struttura.

## **6) Prevenzione delle cadute accidentali**

Tra il 2014 ed il 2015 è stato condotto sull'argomento un audit clinico, che si proponeva di valutare sia l'efficacia degli strumenti di valutazione che l'andamento dei dati tratti dal data base. Risultati: i tassi risultano bassi rispetto agli standard, l'unico che si discosta è relativo alla Neuropsicogeriatría per il 2012 e già ridotto per il 2013. Per essa erano in previsione e si sono attuate azioni di miglioramento, sia con il passaggio alla nuova ala quarta sia con l'acquisto di letti elettrici regolabili in altezza abbassabili quasi sino a terra, appositamente studiati per il programma Alzheimer dalla GIVAS, tanto da rendere inutile sia l'utilizzo delle sponde, come indica la letteratura, che il ricorso alla contenzione. La nuova Ala Quarta destinata alla Neuropsicogeriatría, dotata inizialmente di 12 di tali letti, ha visto nel corso del



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

2019 l'acquisto di un'ulteriore quindicina di letti Alzheimer nell'ambito di un miglioramento continuo sia strutturale che organizzativo.

Anche nel 2024 sono stati acquistati altri 2 letti elettrici di questa tipologia nell'ottica di un miglioramento portato avanti costantemente nel corso degli anni. Nell'ambito del 2018 è stato completato il percorso regionale relativo alle cadute con FAD regionale, audit sulle cartelle cliniche, adozione di scheda rilevazione cadute informatizzata nell'ambito del portale (in grado di popolare automaticamente il data base) ed aggiornamento del relativo Protocollo Operativo che registra sia l'elaborazione di una scheda di pianificazione infermieristica rischio caduta sia l'utilizzo di poster affissi in tutto il reparto NPG e consegna opuscolo in fase di dimissione con l'obiettivo di prevenire le cadute.

Il numero di cadute anche per il 2024 risulta relativamente elevato (numero totale =155) ma stabile rispetto gli anni passati e con una nettissima prevalenza di eventi senza danno (119) e nessun evento con danno maggiore.

L'attività relativa alla prevenzione delle cadute è costante all'interno della struttura es. con audit organizzativo nel 2023 e formazione tramite FAD e incontri regionali.

Nel corso del 2024 si segnala la partecipazione agli incontri inerenti il programma prevenzione cadute della regione – PARACADUTE - e ipotesi di adesione con introduzione di monitor per video correlati.



**MARIA LUIGIA**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

POLIAMBULATORIO

## **7) Fonti informative disponibili**

- Direttive ministeriali, regionali e locali relative alla gestione della pandemia da Covid-19
- Incident reporting e segnalazione eventi sentinella al flusso SIMES.
- Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico.
- Schede rilevazione comportamenti aggressivi e violenti (monitoraggio raccomandazioni ministeriali).
- Data base e schede segnalazione cadute (monitoraggio raccomandazioni ministeriali).
- Audit clinici.
- Audit organizzativi.
- SEA.
- Data base protocolli e procedure.
- Flusso Schede segnalazione caso di malattia infettiva sospetta o accertata

Monticelli Terme, 31 marzo 2025

Il direttore sanitario