

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI
EVENTI AVVERSI, SULLE CAUSE IDENTIFICATE
E SULLE INIZIATIVE MESSE IN ATTO**

ANNO 2017

AI SENSI DELL'ART 2, COMMA 5 DELLA 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"

INTRODUZIONE

“I pazienti che si ricoverano in ospedale credono di trovarsi in un luogo sicuro dove loro ed i loro familiari ritengono che riceveranno le migliori cure possibili; essi sono sicuri che se le loro condizioni dovessero peggiorare si trovano già nel posto migliore per un pronto ed efficace trattamento.

Adesso vi sono evidenze del contrario. Pazienti che si ammalano, o che peggiorano, acutamente potrebbero ricevere cure subottimali. Ciò può accadere o perché il deterioramento non viene riconosciuto o perché, nonostante il peggioramento clinico, segni e sintomi vengono sottovalutati, o perché non vengono messe in atto azioni in tempi sufficientemente rapidi.

La comunicazione e la documentazione sono spesso carenti; può mancare l’esperienza e i provvedimenti degli esperti in critical care, incluso il trasferimento in terapia intensiva, possono essere ritardati.”

(Mary Armitage, Guideline Development Group Chair - National Institute for Health and Clinical Excellence)

Contesto di riferimento

Humanitas Centro Catanese di Oncologia (HCCO) è un centro di diagnostica e cura della patologie oncologiche. Con DDG n.01339 del 06/07/2009, HCCO ha ottenuto il riconoscimento di Dipartimento Oncologico di III livello di Alta Specialità.

Humanitas Centro Catanese di Oncologia è stata tra le prime strutture sanitarie private in Sicilia a conseguire la certificazione di conformità alla norma **UNI EN ISO 9001:2000** nell’anno 2002; a partire da quell’anno si sono susseguite le verifiche annuali da parte dell’Ente di certificazione che hanno puntualmente confermato la validità del sistema e la sua conformità anche a seguito dell’entrata in vigore della successiva edizione della norma: **UNI EN ISO 9001:2008**.

La certificazione ISO è stata la prima importante tappa di un percorso di miglioramento continuo che ha rafforzato la posizione di eccellenza del Dipartimento tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana, come dimostrano i dati relativi al numero di prestazioni erogate ed il positivo giudizio espresso dai cittadini utenti sui diversi aspetti del servizio.

Il conseguimento dell’accreditamento istituzionale ai sensi del DA 890/2002 è un’ulteriore tappa di rilevanza fondamentale e costituisce, al contempo, il riconoscimento della efficacia ed efficienza del sistema di gestione aziendale e dell’impegno di tutti gli Operatori. Impegno che troverà costante applicazione nel tempo, al fine di assicurare continuità alle azioni necessarie per mantenere

l'accreditamento, non mancando di cogliere ogni opportunità per migliorare continuamente il sistema.

HCCO ha quindi deciso di integrare il proprio sistema di gestione per la qualità al sistema di gestione per la salute e la sicurezza del lavoro. Tale attività è stata completata con successo con l'ottenimento ed il mantenimento della certificazione secondo lo standard BS **OHSAS 18001:2007**. La certificazione **UMACA** (Unità Manipolazione Allestimento Chemioterapia Antiblastica) definisce la conformità dei locali di sala manipolazione farmaci antiblastici. La certificazione viene rilasciata in ottemperanza a quanto disposto dall'art.5 del DA 10/10/2012 e certifica che l'Azienda è dotata di una Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.) in possesso dei requisiti di cui all'art.3 del succitato decreto. Le tecniche di realizzazione dei locali in oggetto e la scelta dei materiali sono compatibili con le norme antinfortunistiche e di buona fabbricazione (*DL 81 del 09/04/2008, EU Guidelines to Good Manufacturing Practice vol 4, EN ISO 14644-1, Direttiva CE 356/91, GU 236 del 7/10/99*).

Prestigiosi traguardi raggiunti nel corso del 2014 grazie al contributo ed al coinvolgimento di tutta l'Organizzazione sono l'Accreditamento **Joint Commission International**, nonché l'accreditamento **EUSOMA della Breast Unit**. L'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI) è fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie. L'accreditamento JCI è stato riconfermato a Marzo 2017, e dimostra il continuo impegno del Dipartimento per il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, della gestione, dell'accoglienza, dell'umanizzazione e dei programmi di formazione.

La certificazione Eusoma per le Breast Centres è impegnata nella diffusione dei programmi di miglioramento dei Breast Centres in accordo ai requisiti di qualità delle cure.

La certificazione Eusoma, riconfermata a Luglio 2017 è un processo volontario in accordo con i regolamenti internazionali di certificazione ISO/IEC 17065.

Ulteriore traguardo del sistema di gestione aziendale è stato quello di integrarlo anche con la gestione ambientale ed ottenere la certificazione a fronte della norma **UNI EN ISO 14001**.

Il punto cardine della strategia aziendale per la qualità è l'attenzione alle necessità ed esigenze dei cittadini, nella consapevolezza dell'importanza del ruolo svolto per assicurare la migliore qualità della vita possibile ai propri assistiti. Tale attenzione trova i suoi punti di riferimento nei principi della politica sanitaria definiti dalla Regione Sicilia e riportati nei suoi documenti programmatici:

- umanizzazione;
- universalità;
- accessibilità;

- accuratezza;
- appropriatezza e pertinenza;
- efficacia;
- efficienza.

Nell'ottica del miglioramento continuo i capisaldi della politica della Qualità Ambiente e Sicurezza del Dipartimento sono, pertanto:

- a) Garantire il rispetto dei requisiti cogenti e volontari mediante il costante monitoraggio delle fonti normative e mediante la frequente verifica dell'applicazione dei requisiti applicabili;
- b) Facilitare l'accesso ai servizi attraverso l'informazione, la gestione delle attese, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi;
- c) Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori mediante l'individuazione dei possibili rischi clinici, l'attuazione delle misure di prevenzione, il monitoraggio ed il trattamento degli eventi avversi;
- d) Prevenire infortuni e malattie professionali mediante la puntuale individuazione dei pericoli, la valutazione dei rischi e la determinazione delle misure di controllo; mediante il controllo operativo dei processi ed il monitoraggio proattivo e reattivo delle prestazioni; mediante l'indagine di tutti gli accadimenti pericolosi e la gestione puntuale delle non conformità e delle opportunità di miglioramento;
- e) Minimizzare gli impatti sull'ambiente in termini di consumi di risorse, produzione di rifiuti, emissioni in atmosfera etc.
- f) Migliorare la fornitura dei servizi attraverso l'arricchimento delle prestazioni, il potenziamento dei servizi, l'utilizzazione delle tecnologie più avanzate;
- g) Accrescere il livello di professionalità di tutti gli operatori favorendo il lavoro di gruppo e la partecipazione a qualificati momenti di formazione, informazione ed addestramento;
- h) Migliorare l'efficienza del sistema attraverso la prevenzione degli errori, la gestione degli imprevisti, l'ascolto sistematico dei cittadini utenti, la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti;
- i) Ottimizzare i costi assicurando un governo dei processi di erogazione dei servizi.

Contesto normativo

Ai sensi del DA. 23 dicembre 2009 concernente la “istituzione del flusso informativo SIMES e l’individuazione dei referenti aziendali per il rischio clinico”, ogni azienda sanitaria del SSR è tenuta a predisporre ed attuare il piano annuale per la gestione del rischio clinico e a relazionare sul raggiungimento degli obiettivi fissati con cadenza annuale. Tale obbligo viene oggi richiamato ed integrato dall’art 2, comma 5 della 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” che prevede che le aziende sanitarie pubblichino una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause identificate e sulle iniziative messe in atto.

Metodologia del miglioramento continuo

Le diverse problematiche e le relative azioni di miglioramento, sia a livello trasversale che nei diversi settori, vengono ricondotte, sul piano metodologico, agli standard JCI e al processo di valutazione in essi implicato.

Lo strumento metodologico, adottato dal gruppo Humanitas fin dal 2002 è il Model for Improvement of Institute for Healthcare Improvement IHI che è l’evoluzione del ciclo di Deming PDCA. Tale modello è uno strumento semplice ma potente per accelerare il miglioramento e inoltre non intende sostituire i modelli che le organizzazioni stanno già utilizzando, ma piuttosto accelerare il processo di miglioramento.

Il modello è composto di due parti:

- Tre domande fondamentali a cui rispondere;
- Il Ciclo Plan-Do-Study-Act (PDSA) per testare e implementare i cambiamenti nell’attività reale. Il ciclo PDSA guida i test di un cambiamento per verificare se tale cambiamento è anche un miglioramento.

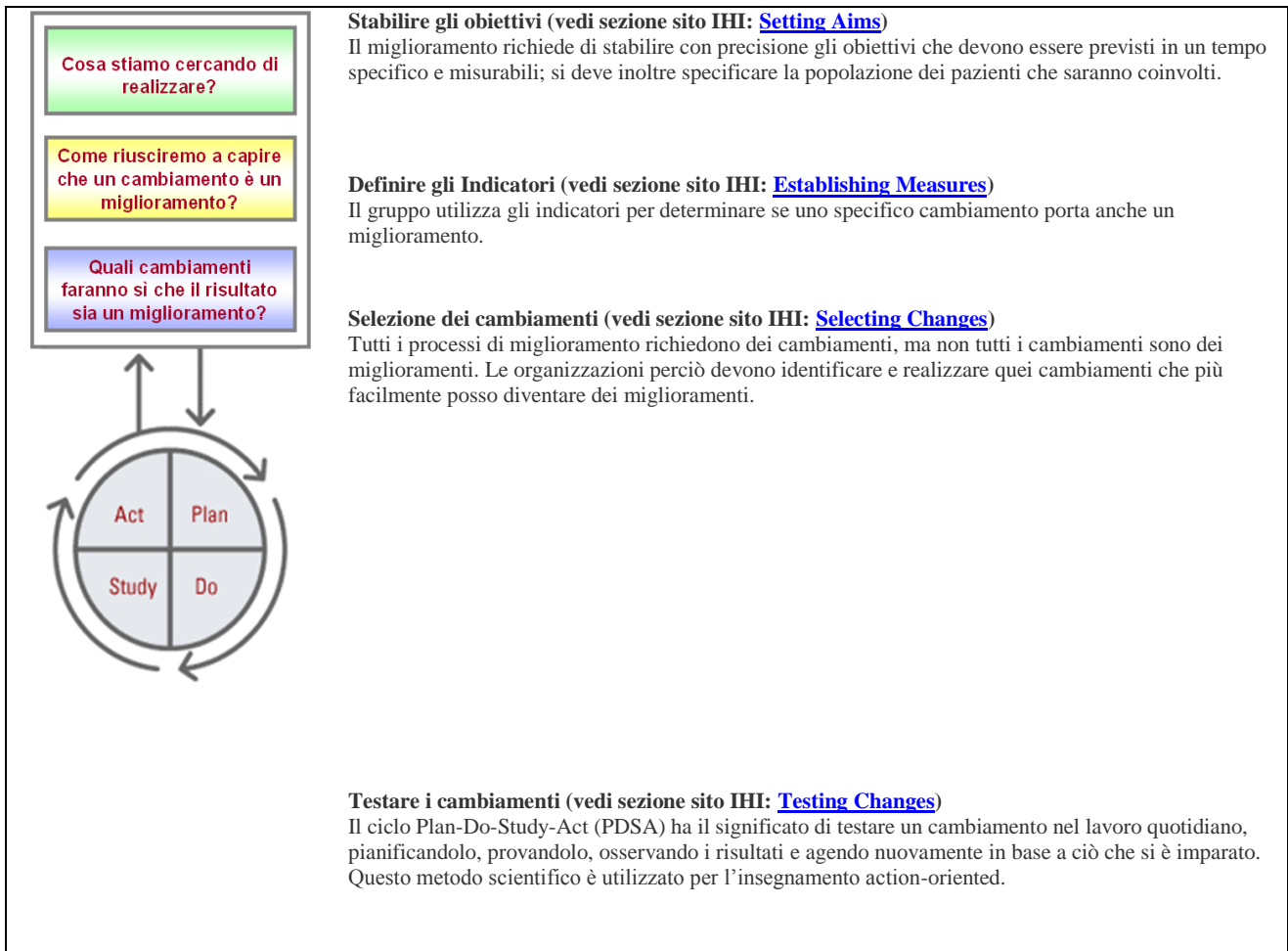


Figura 1. Model for Improvement

L'organizzazione per la Qualità, la Sicurezza e la Gestione del Rischio

La gestione della Qualità, della Sicurezza dei Pazienti e del Risk Management in Humanitas Centro Catanese di Oncologia si articola su tre livelli.

PRIMO LIVELLO: LE RIUNIONI DI LEADERSHIP

Le tematiche relative alla qualità dell'assistenza, della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio sono parte integrante delle periodiche Riunioni di Leadership alle quali partecipano:

- Amministratore Delegato, Direttore Medico Sanitario e Direttore Amministrativo;

- Direttore Scientifico, Responsabili Dipartimento, Servizi e Unità Operative; Responsabile Farmacia;
- Coordinatore Infermieristico, Vice-coordinatore Infermieristico;
- Responsabile Gruppo CIO, Responsabile Qualità; Responsabile Risk Management; Building Manager;
- Altri eventuali membri del gruppo Humanitas;

Durante le sessioni dedicate alla qualità e al rischio clinico, il Gruppo di Leadership si occupa di:

- Definire le politiche strategiche, stabilire i piani e gli obiettivi;
- Promuovere le iniziative relative alla qualità e alla sicurezza;
- Monitorare e verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

SECONDO LIVELLO: IL NUCLEO QUALITÀ, SICUREZZA, AMBIENTE E RISCHIO CLINICO

A causa della relativa complessità della struttura e del forte spirito di integrazione tra Qualità e Rischio Clinico, è stato istituito il **Nucleo Qualità, Sicurezza, Ambiente e Rischio Clinico** che incorpora il Comitato Rischio Clinico ai sensi del DA 5 ottobre 2005.

Scopo e Responsabilità

Il **Nucleo Qualità, Sicurezza, Ambiente e Rischio Clinico** è lo strumento di governo di tutti gli aspetti relativi la qualità, l'ambiente e la sicurezza dei pazienti, operatori e visitatori, nello spirito dell'integrazione dei diversi approcci, del coinvolgimento dei professionisti, della diffusione organica di una cultura della qualità e della sicurezza. In particolare:

- Discute e pianifica le attività di miglioramento della qualità, dell'ambiente e della sicurezza, sulla base delle linee strategiche direzionali, delle evidenze intercorse, delle esigenze organizzative e della normativa vigente;
- Attiva gruppi di lavoro specifici, monitorandone le attività e i risultati;
- Valuta la necessità di includere e revisionare politiche e procedure all'interno del sistema documentale, sulla base di esigenze intercorse o di richieste da parte dei professionisti;
- Pianifica e coordina le attività di audit, verifica e vigilanza interna, relativamente ai seguenti temi:
 - Qualità, Ambiente e Rischio Clinico;
 - Sicurezza dei pazienti;

- Sicurezza degli operatori;
- Sicurezza degli ambienti;
- Infezioni ospedaliere;
- Altre normative regionali o nazionali;
- Riceve informazioni e reportistica da gruppi di lavoro o comitati (ad esempio Gruppo Operativo del CIO, Gruppo NOC, gruppi di miglioramento, Commissione Terapeutica, etc.), proponendo strategie e direzioni di sviluppo;
- Riceve report relativi a segnalazioni, eventi, near miss, analisi preventive del rischio, reclami ed encomi, ed analizza i dati proponendo azioni di miglioramento, ulteriori analisi o raccomandazioni;
- Considera le proposte di indicatori e di misurazioni di nuova adozione, sulla base di esigenze intercorse o di richieste da parte dei professionisti, definendo responsabilità, modalità di misurazione e invio;
- Supporta la Direzione nell'implementazione di politiche di Sviluppo Human Capital per la sicurezza dei pazienti;
- Riceve periodicamente i dati relativi agli indicatori e ne svolge aggregazione, validazione e prima analisi, predisponendo così il Tableau della Qualità, da presentare alle riunioni di Leadership;
- Redige bozze di piani strategici e di priorità di azione, da presentare alle Riunioni di Leadership;
- Si interfaccia con enti di certificazione e di accreditamento durante le attività di ispezione;
- Si interfaccia con soggetti istituzionali esterni per le tematiche di propria competenza.

Componenti

I membri del Nucleo sono individuati dalla Direzione Generale. Eventuali variazioni permanenti del Nucleo sono approvate dalla Direzione Generale stessa.

RUOLO	AREA DI EXPERTISE
RQS/Risk Manager, <i>Coordinatore del Nucleo</i>	Referente JCI, ISO 9001, OHSAS 18001, ISO 14001
Consulente esterno	ISO 9001, OHSAS 18001, ISO 14001
Consulente gruppo Humanitas	JCI
Risorse Umane, <i>Segreteria del Gruppo</i>	
Data Manager, <i>Segreteria del Gruppo</i>	Dati e Indicatori, Sperimentazioni, EUSOMA
RSPP	Sicurezza Infrastrutture (OHSAS 18001, ISO 14001, DVR, JCI-FMS)
Servizi Informativi	
Servizi Accoglienza	
Biologo	Gruppo CIO, VEQ, rischio chimico e biologico OHSAS 18001, campionamenti microbiologici ambientali, statistiche su valutazione aziende esterne area sanitaria
Responsabile Farmacia	Farmacovigilanza
Responsabile Gruppo CIO	Gruppo CIO, Cartelle Cliniche, JCI
Responsabile Servizi Infermieristici	
Responsabile Area Medica	
Responsabile Servizi diagnostici	
Direttore Generale	
Direttore Sanitario	
Direttore Amministrativo	
Direttore Dipartimento	Responsabile Area Chirurgica

TERZO LIVELLO: LA RETE DEI PROFESSIONISTI

Il terzo livello nell'organizzazione del miglioramento è rappresentato dai professionisti che operano all'interno delle unità cliniche o amministrative e che sono l'elemento cardine di ogni miglioramento possibile. Allo stato attuale esiste un gruppo di professionisti (medici, infermieri e tecnici) che partecipano in maniera più diretta alle attività di pianificazione e implementazione dei progetti di miglioramento. Essi:

- Svolgono funzione di referenti sicurezza e qualità;
- Svolgono audit e tracer su cartella clinica e sul campo;
- Fungono da facilitatori e stimolatori per i colleghi;
- Supportano una maggiore cultura di compilazione delle segnalazioni di eventi indesiderati;
- Facilitano la proposta e l'implementazione bottom-up di progetti di miglioramento.

Definizione degli Eventi Indesiderati

Gli eventi indesiderati sono fatti inattesi e potenzialmente pericolosi che si verificano all'interno delle organizzazioni sanitarie. Essi possono essere classificati nelle seguenti tre categorie.

EVENTO AVVERSO

Un *evento avverso* è da intendersi come un evento correlato al processo assistenziale, che comporta un danno non intenzionale ed indesiderabile al paziente, (ad es. prolungamento della degenza, necessità di trattamenti o indagini diagnostiche aggiuntive) non correlabili direttamente all'iter della patologia del paziente né insiti nella metodica diagnostica o terapeutica.

- Tutte le reazioni trasfusionali accertate;
- Tutte le reazioni gravi da farmaco;
- Tutti gli errori significativi di terapia;
- Tutte le discrepanze considerevoli tra diagnosi preoperatoria e diagnosi postoperatoria;
- Reazioni o altri eventi gravi relativi alla somministrazione di anestesia o di sedazione;
- Altri eventi, come le epidemie di malattie infettive.

Nel caso in cui l'evento avverso sia attribuibile ad un errore, questo è da considerarsi prevenibile.

EVENTO SENTINELLA

Gli eventi sentinella sono eventi clinici che comportano il decesso o una grave invalidità permanente nel paziente. All'interno di HCCO, sono considerati sentinella i seguenti eventi:

- Intervento chirurgico in paziente errato, con procedura errata in parte del corpo errata;
- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure;
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO e/o trasmissione di malattie croniche o fatali correlate alla trasfusione di sangue o utilizzo di emoderivati;
- Reazioni gravi relative alla somministrazione di anestesia o di sedazione;
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica che non abbiano nulla a che vedere con il decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente;
- Morte o grave danno per caduta di paziente;
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale;
- Violenza su paziente e/o operatore;
- Grave perdita di funzionalità non correlabile con il decorso naturale della patologia o del quadro clinico del paziente;
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

ERRORI DI TERAPIA

Si definiscono errori di terapia quegli eventi prevenibili che possono portare all'utilizzo inappropriato di un farmaco o mettere a repentaglio la sicurezza del paziente. Alcuni errori di terapia possono essere inclusi tra gli eventi avversi o tra gli eventi sentinella, ma, vista la loro frequenza e il loro impatto potenziale, vengono dettagliati a parte. Un errore di terapia può riguardare tutte le fasi del processo di gestione del farmaco (prescrizione, preparazione, somministrazione, monitoraggio)

In particolar modo si precisa che la tipologia legata agli errori di terapia può coinvolgere:

- Paziente errato;
- Farmaco errato;
- Dosaggio errato;
- Forma farmaceutica errata;
- Prescrizione errata/ mancata/ confondibile;
- Errore di trascrizione;
- Mancata somministrazione;

- Tempi di somministrazione errati;
- Via di somministrazione errata;
- Sottovalutazione o mancata valutazione delle possibili interazioni;
- Mancato monitoraggio scadenze farmaci/reagenti diagnostici;
- Etichetta/ contenitore errato;
- Indicazioni e posologia non autorizzate;
- Scambio farmaci.

NEAR MISS

Qualora un errore o un evento abbiano la potenzialità di causare un danno sul paziente, ma tale evento non dovesse verificarsi in quanto intercettato, grazie ad un intervento tempestivo o ad un controllo, o evitato per caso fortuito, tale situazione si definisce evento potenzialmente dannoso o *near miss*.

La segnalazione di tutti gli eventi indesiderati è un dovere fondamentale di tutti i professionisti di Humanitas Centro Catanese di Oncologia. È importante segnalare in modo proattivo anche i near miss, in quanto fornisce importanti informazioni di tipo preventivo su errori potenziali: infatti, il ripetersi di un evento di tale natura comporta una probabilità significativa di esito avverso grave.

La segnalazione va effettuata mediante la compilazione del documento DR. RIS. 01 - Scheda di Incident Reporting.

Attività

L'attività di gestione del rischio clinico è finalizzata alla rilevazione ed al monitoraggio delle non conformità dei processi interni ad HCCO e alla loro prevenzione attraverso la programmazione di azioni correttive e l'introduzione di strumenti di prevenzione del rischio. L'attività è basata sull'identificazione e sulla analisi del profilo di rischio, finalizzate a stabilire le priorità di intervento.

All'interno di questo contesto riveste un ruolo decisivo l'analisi di eventi e processi critici che compromettono la sicurezza del paziente, rilevati attraverso molteplici strumenti quali:

- Analisi delle segnalazioni di evento avverso: le segnalazioni avvengono attraverso la modulistica dedicata alla segnalazione di eventi avversi, errori relativi ai farmaci, segnalazione di errori trasfusionali, segnalazione di cadute

- Analisi di indicatori di qualità e rischio clinico;
- Analisi di processi critici.
- Farmacovigilanza con analisi delle ADR
- Dispositivo-vigilanza
- Emovigilanza
- Analisi dei reclami relativi al rischio clinico
- Analisi di cartelle cliniche
- Audit e facility tour
- Flussi informativi CPIS
- Audit di terza parte ISO, OHSAS, JCI
- Reportistica da Comitato Mortalità, Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere, Commissione farmaco-terapeutica, Comitato Dolore
- Dati Programma Nazionale Esiti Agenas

Le criticità rilevate vengono analizzate ed approfondite attraverso strumenti di analisi intensiva degli eventi:

- *Incident Decision Tree* per l'analisi dei near miss e di eventi avversi;
- *Root Cause Analysis* per l'analisi degli eventi sentinella o eventi avversi di particolare gravità;
- Analisi di rischio proattiva (es.: FMECA) al fine di delineare il profilo di rischio dei processi chiave di prossima implementazione.

Analisi 2017

EVENTI SENTINELLA

Nel corso del 2017 non si è verificato alcun evento sentinella oggetto di segnalazione e Root Cause Analysis come previsto dal Piano aziendale per la gestione del rischio clinico e come previsto dal relativo protocollo di monitoraggio.

EVENTI AVVERSI

Nel corso del 2017 si sono verificati **16** eventi avversi dettagliati nella successiva tabella riassuntiva. Uno solo di essi ha determinato un danno clinico moderato, prontamente gestito, legato a reazione avversa grave a mezzo di contrasto in TAC. Pur non essendo un evento sentinella è stata effettuata un'analisi delle cause profonde con valutazione della percentuale di reazioni avverse a farmaco.

N°	Tipo di evento	Danno	Azioni miglioramento
11	Stravasato di chemioterapico	Lieve	Implementazione posizionamento sistemi impiantabili
3	Errori di terapia	Lieve	Implementazione gestione terapia informatizzata
1	Reazione m.d.c.	Moderato	Analisi delle Cause profonde
1	Trasferimento errato	Lieve	Retraining del personale

ANALISI ADR DA MDC IN TAC

PERIODO	N° ESAMI TAC	N° ADR lievi	%
08/11/16 - 27/06/17	2413	24	0,99
01/07/17 - 31/12/17	2381	26	1,13
PERIODO	N° ESAMI TAC	N° ADR gravi	%
2017	4697	1	1/4697

L'analisi dei dati ha dimostrato una percentuale di ADR lievi e gravi in linea a quanto dichiarato dalla casa farmaceutica ($\leq 1\%$ lievi e $\geq 1/10,000$, $< 1/1000$ per le gravi); tutte le reazioni avverse sono state segnalate attraverso la farmacovigilanza.

FARMACOVIGILANZA

Il Servizio Farmacia si occupa della raccolta e della trasmissione delle ADR relative ai farmaci prescritti e dispensati all'interno della struttura e di quelli prescritti all'esterno, che prevedono un

monitoraggio mediante registro AIFA, la stessa procedura viene effettuata anche a carico di anomalie o cattivo funzionamento dei dispositivi medici adoperati in struttura.

La segnalazione viene effettuata mediante l'impiego dei moduli disponibili in intranet e scaricabili dai siti AIFA per i farmaci e del Ministero della Salute per i dispositivi medici.

Nel 2017 sono state effettuate **62** segnalazioni ADR di reazioni avverse catalogabili come "non gravi" relative alle prestazioni effettuate in DH oncologico e nei servizi di TAC e RM.

E' stata effettuata **1** segnalazione catalogabile come "grave" dal servizio TAC.

Nel 2017 sono pervenute al Servizio Farmacia:

N° **11** SCHEDE DI INCIDENT REPORTING (evento avverso stravasato) dal DAY HOSPITAL;

N° **1** SCHEDA DI INCIDENT REPORTING (evento avverso da farmaco definito Grave nella scheda ADR) dal Servizio di Radiologia (TAC).

DISPOSITIVO VIGILANZA

Non sono state effettuate segnalazioni a carico dei dispositivi medici utilizzati.

EMOVIGILANZA

Nessuna reazione avversa o errore relativo al processo di gestione di emocomponenti.

CADUTE

Nel corso del 2017 si sono verificate **13** cadute (0,72 cadute/1000 gg degenza); 9 cadute hanno riguardato pazienti ricoverati e 4 pazienti ambulatoriali. Tutti i 9 pazienti caduti in regime di ricovero erano stati valutati a rischio caduta. Un solo paziente ha riportato un danno moderato, mentre gli altri 12 danni lievi o nulli.

RECLAMI

Nessun reclamo ricevuto ha riguardato tematiche di rischio clinico.

GRUPPO OPERATIVO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

L'attività del gruppo operativo ha riguardato

1. PREVENZIONE del rischio infettivo:
2. SORVEGLIANZA del rischio infettivo:
3. CONTROLLO e GESTIONE del rischio infettivo e ICA
4. FORMAZIONE

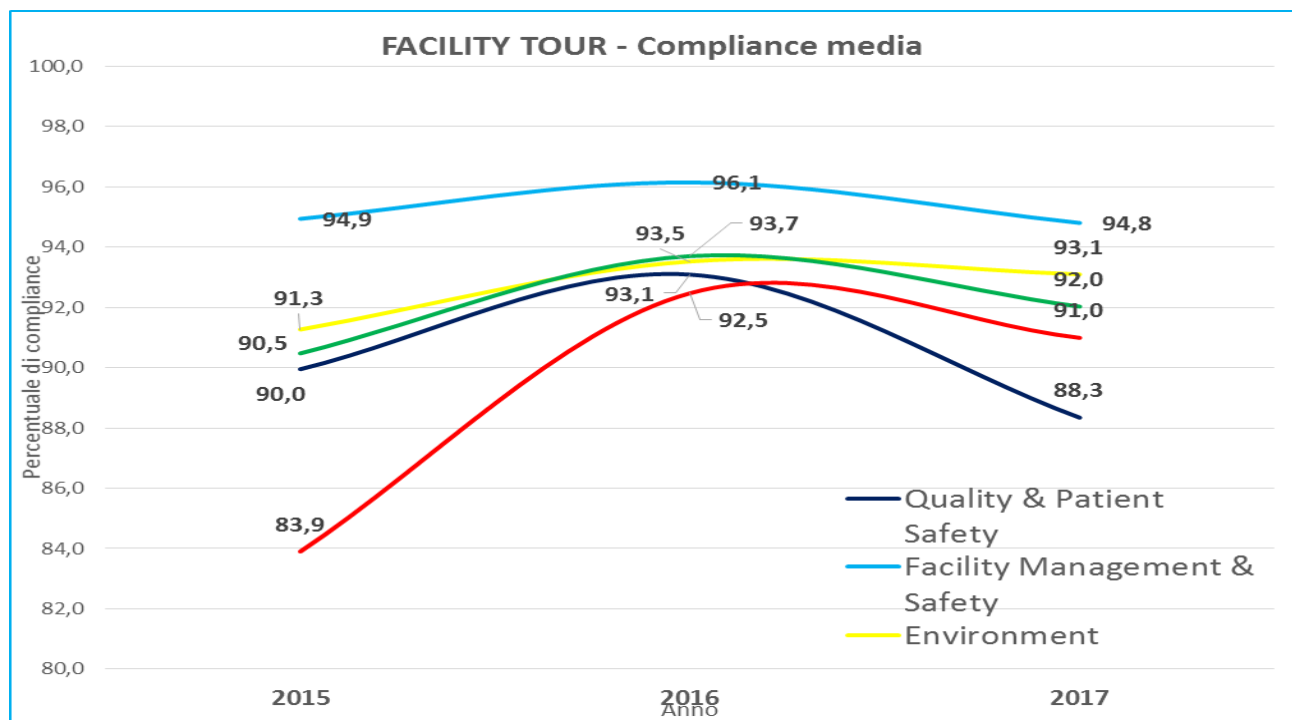
L'incidenza di ICA è stata del 2,55% nel 2017, dati al di sotto della media nazionale del 5%.

Nessun germe sentinella è stato evidenziato nel corso del 2017.

FACILITY TOUR

Nel corso del 2017 sono stati pianificati ed eseguiti audit in tutte le aree del Dipartimento che hanno analizzato gli aspetti di rischio clinico, sicurezza delle infrastrutture, controllo ambientale e di prevenzione delle infezioni.

I dati aggregati denotano una compliance generale superiore al 90%



Uso di Indicatori e Misurazioni

La misurazione rappresenta uno degli aspetti chiave per verificare se le strategie di miglioramento sono state efficaci. Humanitas Centro Catanese di Oncologia ritiene anche che la misurazione e la diffusione dei risultati possa rappresentare un elemento chiave per supportare il miglioramento, poiché così facendo i professionisti possono essere resi consapevoli dei punti di forza e di debolezza su queste tematiche, comportandosi così come veri agenti di miglioramento.

Sono stati quindi selezionati una serie d'indicatori clinico-manageriali per ognuno dei quali è stata avviata una raccolta dati sistematica e periodica. Questi indicatori rappresentano il Tableau del miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente in HCCO.

La raccolta dei dati qualitativo-manageriali è effettuata attraverso il coinvolgimento della rete dei professionisti e viene condivisa con la Leadership. I dati vengono aggregati a cadenza semestrale,

illustrati e discussi con la Leadership che definisce le azioni correttive di miglioramento. Quest'ultime sono affrontate durante la riunione del Nucleo Qualità.

Le risultanze degli indicatori clinici manageriali sono pubblicate nel Tableau della Qualità a cadenza semestrale condiviso con tutto il personale mediante la rete intranet aziendale.

Catania, 31 marzo 2018

L'Amministratore Delegato
(Dott. Giuseppe Sciacca)

