

CLINICA FORNACA

# Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause identificate e sulle iniziative messe in atto nel 2019



*A cura di*  
Direzione Sanitaria e Servizio Qualità

Torino, 30 giugno 2020

# Indice

1. Presentazione
2. La strategia aziendale di gestione del rischio clinico
3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate
4. Relazione su monitoraggio di indicatori di outcome e processo
5. Miglioramento continuo: obiettivi Qualità e Sicurezza 2020
6. Pubblicazione dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio ai sensi dell'art.4 comma 3 Legge 8 marzo 2017, n.24

# 1. Presentazione

E.C.A.S. S.p.A., di seguito Clinica Fornaca, è società operante nell'ambito della sanità privata il quale obiettivo primario è l'erogazione di servizi sanitari ad elevato contenuto qualitativo.

La Clinica Fornaca dispone di due centri di produzione di servizi sanitari:

- La Clinica Fornaca, sita in Corso Vittorio Emanuele II 91 - Torino, è attiva dal 1948, fondata nello stesso anno da Donna Maria Fornaca di Sessant in memoria del fratello Prof. Luigi nell'aristocratica Villa Chiesa (l'attuale Padiglione A), struttura di grande interesse artistico che ancora oggi è sotto la tutela dell'Istituto delle Belle Arti. Nel 1955 il Prof. Achille Mario Dogliotti iniziò qui un'importante attività di cardiocirurgia, eseguendo uno dei primi interventi al mondo a cuore aperto. Recentemente ampliata e ristrutturata, la struttura dispone di 92 posti letto, 8 sale operatorie dedicate a chirurgia multi-specialistica, piccola chirurgia ambulatoriale complessa, attività angiografica ed endoscopica. Le sale sono dotate di apparecchi per anestesia e monitoraggio di ultima generazione, con nuovi sistemi integrati completi sia di monitoraggio gas e di monitoraggio emodinamico con possibilità di back-up.
- Il Centro Diagnostico Fornaca (CDF), poliambulatorio sito in Corso Vittorio Emanuele II n. 87 - Torino, attivo dal 2000, eroga prestazioni ambulatoriali specialistiche.

# 1. Presentazione

La Clinica Fornaca, è società soggetta a direzione e coordinamento di Humanitas S.p.A., gruppo operante nell'ambito della sanità privata localizzato in varie regioni il quale obiettivo primario è l'erogazione di servizi sanitari ad elevato contenuto qualitativo.

La Clinica Fornaca, rivolge l'attenzione in ogni circostanza alla centralità del paziente ritenendo che la protezione dei diritti dello stesso sia fattore contribuente alla tutela della dignità di tutti i portatori di interesse.

La qualità dei servizi e dei processi, in conformità ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, è costantemente monitorata, al fine di verificare ed analizzare gli scostamenti produttivi e qualitativi rispetto alle aspettative delle parti interessate, siano esse espresse in maniera esplicita o implicita.

## 2. La strategia aziendale di gestione del rischio clinico

Clinica Fornaca, ha adottato al suo interno una procedura che regola le modalità di gestione degli Eventi Avversi, ossia di tutti quegli eventi inattesi correlati al processo aziendale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e non desiderabile.

Lo scopo è:

- Raccogliere le informazioni riguardanti l'evento avverso occorso;
- Analizzare le cause che lo hanno provocato e individuare la risoluzione;
- Implementare le azioni correttive e verificarne la loro efficacia sul campo in modo tale da evitarne la reiterazione;
- Avere un livello di attenzione alto sulla sicurezza dei pazienti.

Clinica Fornaca incoraggia tutti i dipendenti a segnalare gli eventi avversi, facendo in modo che ogni dipendente si possa sentire parte integrante del processo di miglioramento dell'assistenza ai pazienti. Questo richiede una cultura della Sicurezza che consenta di superare le paure degli errori per promuovere l'analisi degli eventi avversi al fine di identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito. Lo scopo è imparare dagli errori e dall'analisi degli stessi sapere raccogliere gli insegnamenti per attuare un cambiamento dei processi.

## 2. La strategia aziendale di gestione del rischio clinico

Il Sistema Qualità e Sicurezza della Clinica Fornaca coinvolge l'intera organizzazione e prende in considerazione:

- Gli esiti clinici attraverso il monitoraggio degli outcome clinici.
- La Sicurezza del paziente attraverso l'analisi degli incident reports e il monitoraggio degli eventi avversi prevenibili.
- Gli standard e le norme di diversi modelli di certificazione volontaria, tra cui la norma ISO 9001:2015 e la norma UNI EN ISO 45001:2018.
- L'esperienza del paziente attraverso il monitoraggio della soddisfazione del paziente, l'analisi dei reclami e la valutazione dei sinistri.

## 2. La strategia aziendale di gestione del rischio clinico

La segnalazione degli eventi avversi può avvenire nei seguenti modi:

- segnalazione spontanea mediante modulo di segnalazione degli eventi avversi e near miss a disposizione di tutti gli operatori in due modalità: cartacea ed informatizzata.
- richiesta da parte di un operatore (di solito un referente di funzione in cui si è verificato), di audit/riunione a fronte di criticità organizzative o per evento particolare in termini di rischiosità, gravità ecc...

In Clinica Fornaca è presente il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), che si occupa di definire il programma di attività relativo alle infezioni correlate all'assistenza e di monitorare i casi.

Le richieste di risarcimento danni vengono gestite dalla società Sipromed s.r.l. - Corso Buenos Aires n. 18 Milano.

## 2. La strategia aziendale di gestione del rischio clinico

L'identificazione degli Eventi Avversi viene effettuata facendo riferimento alla classificazione di Wolff da cui sono state estratte le seguenti tipologie di evento:

1. Incidente o lesione occorsa al paziente nel corso del ricovero;
2. Reazione avversa da farmaco/errore farmacologico;
3. Trasferimento non pianificato in terapia intensiva;
4. Trasferimento non pianificato ad altra struttura per acuti;
5. Rimozione, lesione o riparazione non pianificata di organi o strutture durante l'atto chirurgico o procedura invasiva;
6. Ritorno non pianificato in sala operatoria;
7. Morte inattesa;
8. Arresto cardiaco o respiratorio;
9. Infezione ospedaliera/sepsi.

Inoltre vengono presi in considerazione gli eventi sentinella individuati dal Ministero della Salute.

Non viene attribuita importanza solamente alla numerosità della segnalazione ma anche alla tipologia.

La Direzione Sanitaria, provvede all'analisi dell'evento occorso e all'apertura di un'istruttoria nell'eventualità in cui se ne riveli la necessità. Gli eventi vengono tracciati all'interno del file "Registro Incident Reporting".



### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Nel 2019 sono stati segnalati 58 eventi avversi, di seguito il dettaglio:

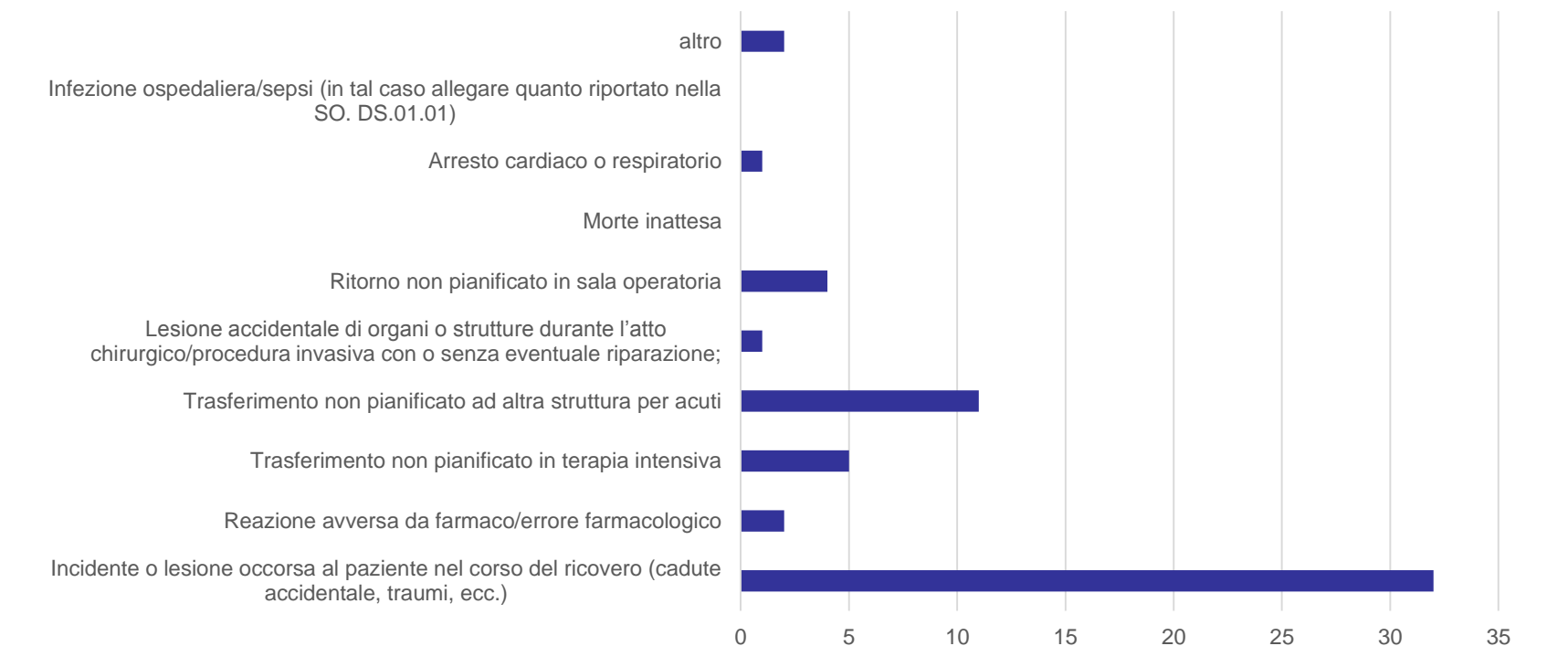
	Tipologia dell'evento	N.° di segnalazioni
1	Incidente o lesione occorsa al paziente nel corso del ricovero (cadute accidentale, traumi, ecc.)	32
2	Reazione avversa da farmaco/errore farmacologico	2
3	Trasferimento non pianificato in terapia intensiva	5
4	Trasferimento non pianificato ad altra struttura per acuti	11
5	Lesione accidentale di organi o strutture durante l'atto chirurgico/procedura invasiva con o senza eventuale riparazione;	1
6	Ritorno non pianificato in sala operatoria	4
7	Morte inattesa	0
8	Arresto cardiaco o respiratorio	1
9	Infezione ospedaliera/sepsi	0
	Altro	2

### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Dal Grafico sottostante si denota che gli eventi avversi maggiormente occorsi sono legati prevalentemente a:

- Incidente o lesione occorsa al paziente nel corso del ricovero (cadute accidentale, traumi, ecc.) con una incidenza del 55 %;
- Trasferimento non pianificato ad altra struttura per acuti con una incidenza del 19 %

**Eventi avversi 2019**



### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

L'analisi delle cause relativa ai 32 casi di «Incidente o lesione occorsa al paziente nel corso del ricovero (cadute accidentale, traumi, ecc.)», è stata condotta attraverso verifiche sul campo e interviste dirette agli operatori coinvolti. Si è dedotto che tali eventi (cadute da scivolamento non traumatiche) si sono verificati perché il paziente non ha ritenuto opportuno chiamare il personale sanitario presente in reparto per sollevare degli oggetti piuttosto che per recarsi in bagno. L'aumento della segnalazioni può essere giustificato da una maggior sensibilità dell'utenza nel segnalare l'evento. E' stato intrapreso un progetto di modifica della scheda Valutazione del Rischio cadute con la conseguente differente presa in carico da parte del personale infermieristico dei soggetti a rischio.

<u>Cause che hanno portato all'evento avverso</u>	<u>INTERVENTI CORRETTIVI per il 2020</u>
1) Intervento ortopedico – assenza educazione specifica correlata al rischio caduta 2) Lipotimia 3) Scala Conley indicazione del rischio assenza interventi correlati specifici	INTERVENTI GENERALI: - Messa in uso Alert: (braccialetti, alert lavagna, alert al letto) - Piano educativo - Analisi fattori estrinseci - Creazione di un gruppo miglioramento  INTERVENTI SPECIFICI FATTORI RISCHIO: - Pianificazione correlata alla strumento

### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Dall'analisi delle cause svolte relativamente a «Ritorno non pianificato in sala operatoria», che si è condotta con una verifica sul campo e con intervista diretta degli operatori coinvolti, è emerso che gli eventi si sono verificati per complicanze post intervento.

Questo ha comportato un prolungamento dei giorni di degenza del paziente e una guarigione più lunga del previsto.

Trasferimento non pianificato ad altra struttura per acuti, si sono verificati 11 episodi che mettono in luce la necessità di cure in centri specialistici.

Trasferimento non pianificato in Terapia Intensiva, abbiamo 5 casi, 4 dei quali si riferivano a pazienti con danno cardiovascolare e un altro caso per complicanze post intervento.

E' stato infine segnalato un caso di lesione accidentale di organi o strutture durante l'atto chirurgico/procedura invasiva con o senza eventuale riparazione.

# 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Gli interventi di rilevanza strategica nell'ambito dell'infezione ospedaliera, sono di seguito specificati:

- gestione del rischio infettivo mediante:
  - sorveglianza e controllo delle infezioni da ospedale; applicazione di provvedimenti e relativa sorveglianza per la gestione di situazioni che possono rivelarsi fonte di infezioni nosocomiali o occupazionali
  - gestione dei provvedimenti da applicare in caso di malattie infettive diffuse all'interno dell'Azienda con attivazione di indagine epidemiologica sorveglianza sulla corretta applicazione delle procedure previste
  - organizzazione, gestione e sorveglianza del monitoraggio microbiologico in punti critici all'interno della struttura
  - elaborazione e diffusione dei protocolli di decontaminazione, pulizia, disinfezione
  - elaborazione e diffusione dei protocolli di sterilizzazione
  - supporto alla individuazione delle esigenze di formazione e aggiornamento del personale sanitario nelle materie di competenza
  - partecipazione al Comitato addetto al controllo delle infezioni ospedaliere
  - collaborazione con organismi istituzionali in caso di eventi straordinari

### 3. Report segnalazioni volontarie, analisi cause e azioni avviate

Ulteriori interventi di rilevanza strategica nell'ambito dell'infezione ospedaliera, sono di seguito specificati:

- coordinamento supervisione e monitoraggio di alcuni servizi affidati in gestione appaltata:
  - servizio di pulizia.
  - servizio di ristorazione.
  - servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione ,consegna e ritiro di biancheria piana e confezionata, materassi e guanciali, sterilizzazione di biancheria per campo operatorio.

Per ciascuno di questi ambiti sono state definite specifiche schede operative che dettagliano le modalità di svolgimento dell'operatività.

## 4. Relazione su monitoraggio di indicatori di outcome e processo

Ogni anno la clinica identifica degli obiettivi di miglioramento, sulla base dell'analisi degli indicatori di processo e di outcome monitorati stabilmente dal Servizio Qualità.

La Direzione e il Comitato deputato alla supervisione del Programma Qualità (Nucleo Qualità) analizzano periodicamente i dati e individuano le priorità annuali che vengono fissate sotto forma di obiettivi di miglioramento della qualità. Per ciascuno di essi viene fissato un Target, ossia il valore misurabile che si vuole raggiungere, in termini di miglioramento della qualità delle cure, riduzione di eventi avversi e complicanze prevenibili.

Il processo interno di verifica prevede che, al termine dell'anno, e comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo, il Nucleo Qualità valuti i risultati per verificare che gli obiettivi fissati siano stati effettivamente raggiunti. I risultati del 2019 sono stati valutati allo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la clinica si era data a inizio anno. Inoltre i risultati del 2019 sono stati messi a confronto con quelli del 2018, da questa analisi è emersa una stabilità nell'andamento della performance in quasi tutti i processi osservati.

# 4. Relazione su monitoraggio di indicatori di outcome e processo

Il CIO, durante l'incontro del 03.03.2020 ha relazionato relativamente alle infezioni ospedaliere/sepsi. In particolare, nel 2019, i casi di ICA sono stati 21 con una percentuale pari al 0,42% dei ricoveri. Gli stessi dati, se analizzati prendendo in esame soltanto i microorganismi sentinella della Regione Lombardia, risultano essere del 0,10%.

Gli obiettivi di miglioramento della Qualità del 2019 risultano raggiunti nei seguenti casi:

- Il piano obiettivi 2019 del CIO è stato parzialmente raggiunto:
  - Miglioramento 10% adesione igiene mani
  - Revisione della procedura PRDS02 Gestione delle patologie infettive (malattie notificate al SIMI)
  - Eseguita formazione rivolta al personale OSS prima dell'introduzione della scheda operativa per la Sanificazione della sala operatoria-chirurgia ambulatoriale-interventistica e centrale di sterilizzazioneVerranno riproposti nel 2020 gli obiettivi non conseguiti.
- Aumento delle aree e dei processi auditati periodicamente sia attraverso verifiche ispettive esterne quali ispezioni ISO 45001:2018 , ISO 9001:2015 e altre verifiche volontarie, che audit interni;
- *Customer satisfaction*: indagine di confronto dei dati dei questionari degenti, ristorazione e ambulatoriali. Si evidenzia una sostanziale soddisfazione da parte dei pazienti rispetto ai servizi erogati. Il tema della ristorazione deve essere sempre oggetto di un controllo attento e puntuale. Per quanto riguarda invece i questionari ambulatoriali si evidenzia una carenza di compilazione degli stessi.



# 5. Miglioramento continuo: obiettivi Qualità e Sicurezza 2020

L'organizzazione ha individuato gli items prioritari di azione per la progettualità per il miglioramento della qualità e sicurezza:

- ✓ Cultura della qualità e della sicurezza
- ✓ Qualità clinica e sicurezza dei pazienti
- ✓ Rischio clinico
- ✓ Sviluppo CPIS
- ✓ Verifiche ispettive, audit e tracer
- ✓ Riorganizzazione dei processi mediante informatizzazione
- ✓ Sicurezza delle infrastrutture.

Di seguito verranno descritti alcuni di questi items, a titolo esemplificativo, con descrizione di specifici obiettivi. Il dettaglio è contenuto nel «Piano qualità Fornaca 2020».

# 5. Miglioramento continuo: obiettivi Qualità e Sicurezza 2020

1. In relazione agli indicatori di processo si prevede una evoluzione del sistema di indicatori.
  - Sono state identificate due aree di perseguimento della qualità del servizio: esito clinico, *take care*.  
In relazione all'esito clinico, è stato definito un sistema di indicatori basato su un portale di gruppo che effettua le analisi sulla base dei dati delle SDO (rif. indicatori AGENAS).  
Nell'ambito di gruppo Humanitas, si propone l'implementazione di una piattaforma web destinata alla raccolta, sintesi e divulgazione degli indicatori di processo. Tale piattaforma, nota come CPIS, ad oggi consente la visualizzazione degli indicatori correlati al flusso SDO ed è visualizzabile dagli operatori della Direzione Sanitaria e dai responsabili delle funzioni di staff.  
In relazione al take care, in collaborazione con le funzioni di Processi e Qualità, è stato definito, per il 2019 lo strumento dei flash report, sistemi di reporting su argomenti specifici quali: Sviluppo commerciale, *Customer Service*, URP e *Customer Satisfaction*.
2. La *Customer Satisfaction* relativa alle prestazioni ambulatoriali, vista la carenza di compilazione dei questionari nel 2019, si vuole ricercare altri mezzi di raccolta della soddisfazione degli outpatient.
3. Definizione e realizzazione del piano obiettivi del CIO 2020, di seguito il dettaglio:
  - Revisionare la procedura sulla sterilizzazione dei dispositivi medici e corso rivolto al personale OSS
  - Elaborare una scheda operativa riguardante il dress code in sala operatoria
  - Formalizzare la procedura per la Sanificazione della sala operatoria-chirurgia ambulatoriale-interventistica e centrale di sterilizzazione
  - Introduzione della procedura Sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE)
  - Miglioramento 10% adesione igiene mani e consumo di gel idroalcolico
  - Sorveglianza delle SEPSI e relativa scheda operativa
4. Sensibilizzazione del personale alla segnalazione degli eventi avversi.

## 6. Pubblicazione dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio ai sensi dell'art.4 comma 3 Legge 8 marzo 2017, n.24

<b>PERIODO</b>	<b>N. RISARCIMENTI</b>	<b>IMPORTO LIQUIDATO</b>	<b>% RISARC SU PREST EROGATE</b>
2014	0	0	0,000%
2015	0	0	0,000%
2016	0	0	0,000%
2017	0	0	0,000%
2018	0	0	0,000%
2019	1	10.000	0,045%