

**RELAZIONE ANNUALE EVENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE
E CONSEGUENTI AZIONI DI MIGLIORAMENTO****SOMMARIO**

Premessa	2
Il contesto organizzativo	3
Dati di attività delle strutture accreditate	4
Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico	5
Azioni programmate ed intraprese	7
Attività di monitoraggio	11
Fonti informative sulla sicurezza delle cure	11
Flusso informativo/strumento scheda segnalazione eventi	12
Flusso informativo/strumento reclami e suggerimenti utenti	14
Flusso informativo/strumento infortuni/violenza su operatori	16
Formazione operatori per la riduzione degli eventi	17
Applicazione delle raccomandazioni ministeriali, regionali e linee guida	19
Audit - N.C	20
Risarcimenti erogati	20
Azioni per il miglioramento conclusioni	21
Trasparenza	22

PREMESSA

La presente relazione redatta dal „Gruppo sicurezza e gestione del rischio“ aziendale, in ottemperanza alla recente 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“*, rappresenta il documento consuntivo riguardante gli eventi avversi verificatesi all'interno delle strutture socio-sanitarie accreditate di FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. e delle conseguenti azioni di miglioramento messe in atto, così come prevede l'art.2 della sopracitata normativa in un ottica di prevenzione e miglioramento del sistema.

E' previsto inoltre che il documento venga pubblicato nel sito internet del Gruppo CEIS al fine di garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini.

Nella relazione vengono presentati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e sentinella segnalati dagli operatori delle strutture e le attività messe in atto per l'analisi delle cause, al fine di prevenire il riverificarsi di tali eventi. L'anno appena trascorso, oggetto della presente relazione, si è caratterizzato per la grave situazione di gestione dell'emergenza COVID-19 che ha visto l'intera Organizzazione e nello specifico le strutture accreditate coinvolte, impegnate nella gestione per la prevenzione ed il contenimento dei casi di infezione.

E' dedicata all'interno della relazione una sezione specifica per questo argomento.

Sono inoltre indicati i dati relativi alle eventuali richieste di risarcimento pervenute nello stesso anno nell'ambito del contenzioso medico-legale.

IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. fanno parte del CONSORZIO GRUPPO CEIS a cui sono affidati alcuni servizi gestionali tra cui la gestione del rischio clinico.

Le suddette realtà operano nel campo del disagio con attività di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito socio-sanitario e gestiscono tra le altre **n. 9** strutture accreditate con la regione Emilia-Romagna sui territori di Parma, Modena e Bologna per un numero complessivo di **n. 227** posti letto in forma residenziale **n. 30** posti in semi-residenziale per la cura e riabilitazione delle problematiche di dipendenze patologiche e psichiatriche.

All'interno di queste strutture vengono realizzate attività di cura e riabilitazione in una visione di integrazione con i servizi del S.S.N. salvaguardando la propria identità originaria e proponendo un approccio metodologico in continuità con la propria storia di appartenenza in continua evoluzione.

Le strutture accreditate sono pienamente inserite nel contesto sanitario regionale e locale come evidenziato dagli accordi di fornitura, dalle convenzioni e dai PDTA per il conseguimento degli obiettivi congiunti.

Posti letto strutture accreditate

STRUTTURE	POSTI RESIDENZIALI	POSTI SEMI-RESIDENZIALI
Comunità terapeutico riabilitativa Casa San Matteo	45	
Comunità terapeutico riabilitativa Casa San Martino	15	20
Comunità terapeutico riabilitativa La Torre	45	
Comunità terapeutico riabilitativa Madre-bambino Casa Mimosa	24	
Centro di Osservazione e diagnosi P. Colfi	14	
Comunità Terapeutico Riabilitativa l'Airone	36	10
Comunità Pedagogico riabilitativa Giro di Boa	14	
Residenza psichiatrica trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali La Barca	20	
Residenza per trattamenti riabilitativi bio- psico-sociali per DCA In Volo	14	
Totali	227	30

DATI DI ATTIVITA' DELLE STRUTTURE ACCREDITATE

Di seguito sono riportati i dati degli inserimenti effettuati nel corso del 2020:

Inserimenti in struttura

STRUTTURE	RESIDENZIALE	SEMI-RESIDENZIALE
Centro di osservazione e diagnosi <i>P. Colfi</i>	81	-
Comunità pedagog. riabilitativa <i>Giro di Boa</i>	12	-
Comunità terapeutica riabilitativa <i>La Torre</i>	31	-
Comunità terap. riabilit. <i>Casa Mimosa</i>	3	-
Residenza trattamenti riabilitativi <i>La Barca</i>	13	-
Comunità terapeutica riabilitativa <i>L' Airone</i>	40	0
Comunità terap. riabil. <i>Casa San Matteo</i>	73	-
Comunità terap. riabil. <i>Casa San Martino</i>	23	7
Residenza trattamenti riabil. <i>In Volo</i>	20	1
Inserimenti complessivi	296 (331 nel 2019)	8 (4 nel 2019)

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. per la gestione delle proprie attività, hanno definito l'assetto organizzativo aziendale che definisce responsabilità e funzioni all'interno del sistema stesso, coerentemente con la propria Mission e Vision per il conseguimento degli obiettivi stabiliti annualmente. In particolare per quanto attiene alla gestione del rischio sono definite le funzioni di monitoraggio in capo al referente per l'accreditamento che ha il compito di:

- Coordinare il gruppo "Gestione sicurezza e rischio clinico" che fornisce i dati provenienti dai flussi informativi per le rispettive competenze
- Raccogliere ed analizzare i dati sugli eventi avversi, gli esiti sulle verifiche/audit effettuati (schede di segnalazione eventi, infortuni operatori, reclami, segnalazioni ecc.)
- Rendicontare annualmente le azioni svolte mediante la „Relazione annuale eventi relativi alla sicurezza delle cure e conseguenti azioni di miglioramento "
- Proporre percorsi di formazione per l'accrescimento delle capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione dei rischi e la prevenzione degli eventi avversi

La gestione della sicurezza e del rischio clinico all'interno delle strutture residenziali terapeutico riabilitative per le dipendenze patologiche e residenze psichiatriche è da considerarsi aspetto di particolare complessità dovuto ai diversi livelli di gestione all'interno dell'organizzazione, alla multi-problematicità dell'utenza, all'integrazione coi servizi e agli aspetti strutturali. Ciò presuppone un approccio sempre più integrato tra le varie figure e i servizi coinvolti e finalizzato a sviluppare un contesto di cura e riabilitazione che fornisca livelli terapeutici di qualità, in cui tutte le figure professionali sono responsabili dell'assistenza, della cura e del conseguente miglioramento. Ciò induce ad un costante monitoraggio delle attività erogate all'interno di una più ampia e complessa organizzazione del sistema che

deve tenere conto dei bisogni del paziente; della programmazione e degli accordi con i servizi inviati; delle responsabilità; delle risorse disponibili; della clinical competence ecc.

Il governo del rischio clinico infatti rappresenta l'insieme dei processi organizzativi attuati per migliorare e garantire la sicurezza delle cure, assicurando la qualità delle prestazioni cliniche mediante la prevenzione di errori umani attraverso la definizione delle procedure, dei cambiamenti organizzativi, di una adeguata formazione del personale e della predisposizione di ambienti funzionali e sicuri.

AZIONI PROGRAMMATE E INTRAPRESE

Di seguito viene riportato il consuntivo riguardante la programmazione delle attività pianificate per il 2020:

✚ Costituzione del gruppo „gestione sicurezza e rischio clinico“

- In data 12.02.2020 la Direzione generale ha formalizzato la costituzione del gruppo „*Gestione sicurezza e rischio clinico*“ (vedi verbale del 12.02.2020).

In corso d'anno il gruppo di lavoro per favorire il coordinamento di tutte le azioni di prevenzione e contenimento dell'epidemia da COVID-19 la quale ha costituito la grave situazione d'emergenza che l'intera organizzazione ha dovuto fronteggiare dovendo ottemperare alle disposizioni ministeriali e alle linee guida regionali, si è ampliato includendo il „*Comitato aziendale COVID*“ (per tutta la durata della fase di emergenza) e pertanto il gruppo di lavoro è stato integrato da figure sanitarie esperte oltre che dagli RLS aziendali.

✚ Definizione di una procedura generale aziendale del rischio clinico e revisione delle procedure specifiche di ogni struttura accreditata

- La procedura è stata redatta ed emessa e denominata „*P9 Qualità Gestione del rischio clinico*“ (per la descrizione del governo e del monitoraggio aziendale).
- Revisione per tipologia di struttura delle procedure specifiche sul rischio clinico con relative istruzioni operative (gestione farmaci e comportamenti aggressivi).

✚ Sviluppare e migliorare il sistema di segnalazione degli eventi mediante le schede di segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting) in modalità informatizzata

- E' stata revisionata la scheda „*DR01P9 Segnalazione spontanea degli eventi*“ e introdotta la scheda DR02P9 „*Scheda di segnalazione episodi di aggressività e/o violenza a danno degli operatori*“

- ✚ **Predisposizione registro eventi avversi informatizzato**
 - E' stato predisposto il programma per il monitoraggio complessivo degli eventi avversi e sentinella

- ✚ **Redazione per tutte le strutture accreditate della procedura per la gestione della cartella clinica**
 - All'interno della „P9 Qualità Gestione del rischio clinico" è stato inserito un paragrafo riguardante le modalità di gestione relative al rilascio della documentazione clinica

- ✚ **Formazione sulla corretta tenuta della cartella clinica**
 - Questa formazione specifica è stata inserita e programmata all'interno del PAF 2020, ma a causa della situazione di emergenza COVID, tutta la programmazione è stata sospesa per diversi mesi e riprogrammata per l'anno 2021.

- ✚ **Formazione di primo e secondo livello sulla gestione del rischio clinico**
 - La formazione di primo livello si è svolta in presenza (17.09.2020)
 - La formazione di secondo livello è stata rimandata ed in programmazione nel corso del 2021

- ✚ **Verifica e valutazione dei rischi ambientali tramite analisi sul campo nelle strutture ed interventi strutturali e logistici per la riduzione del rischio (recinzioni, allarmi ecc.)**
 - Sopralluogo di verifica nelle strutture da parte dell' ente preposto CISDI: tutte le strutture accreditate hanno ricevuto una verifica

- ✚ **Riduzione del rischio di esiti severi conseguenti ad infezioni e contaminazione biologica mediante specifica formazione**
 - Vedi tabella formazione obbligatoria e specifica COVID

- ✚ **Altre azioni intraprese per COVID**
 - Monitoraggio costante della situazione di emergenza mediante incontri tra presidenza, direzione, coordinatori di area, RSPP e per la definizione delle linee di gestione e le prassi operative in base alle linee guida ministeriali e regionali

- Raccordo con le rispettive AUSL territoriali per gli adempimenti igienico-sanitari
 - Redazione e diffusione del protocollo aziendale COVID e costituzione Comitato aziendale
 - N.2 incontri di monitoraggio del Gruppo gestione del rischio e del Comitato COVID
 - Approvvigionamento straordinario dei DPI, igienizzanti e termometri per la rilevazione della temperatura corporea per la dotazione delle strutture
 - Formazione specifica uso delle mascherine e altri dispositivi (vedi tabella formazione)
 - Effettuazione tests rapidi per personale ed utenti
 - Predisposizione nelle strutture residenziali delle camere di isolamento per i nuovi ingressi, casi sospetti ed infettati
 - Predisposizione del questionario COVID per la verifica della corretta applicazione delle procedure
 - Sospensione tirocini formativi ed ingressi contingentati
 - Tracciamento mediante registro presenze
- ✚ **Contenimento delle n.c. e omogenizzazione delle prassi operative relative alla gestione degli aspetti farmacologici attraverso la realizzazione del Progetto di miglioramento per la revisione della I.O. Gestione terapia farmacologica**
- E' stato costituito un gruppo di miglioramento che ha lavorato per l'armonizzazione delle prassi operative relative alla gestione della terapia farmacologica (vedi progetto di miglioramento) per tutte le strutture accreditate
- ✚ **Implementazione e aggiornamento procedura emergenza sanitaria**
- Revisionate ed aggiornate per tutte le strutture accreditate le procedure per la prevenzione della diffusione di malattie infettive alla luce dell'emergenza COVID
- ✚ **Progetto di miglioramento „La mappatura dei rischi nelle strutture residenziali per tossicodipendenti COD P. Colfi e Casa S. Matteo“**
- Il progetto è confluito nel macro progetto di miglioramento per la gestione del rischio clinico (vedi scheda di progetto)

✚ **Formazione per la sicurezza dei lavoratori**

- È stata garantita la formazione obbligatoria secondo le disposizioni ministeriali anche in emergenza COVID, con modalità in presenza ed on-line (vedi tabella *Formazione operatori sulla sicurezza per la riduzione degli eventi*)

✚ **Formazione sulla gestione del conflitto**

- Sospesa a causa emergenza COVID

✚ **Implementazione e revisione della raccolta dati on-line degli indicatori**

- Sono stati revisionati tutti gli indicatori specifici per le strutture accreditate e predisposte le schede per il programma informatizzato

✚ **Supporto agli operatori circa l'utilizzo della scheda segnalazione eventi**

- Non è stato possibile a causa dell'emergenza sanitaria programmare incontri specifici con le equipe per l'illustrazione delle schede revisionate di segnalazione eventi, si è effettuata consulenza solo a distanza

✚ **Strutturazione di un format uniforme per la raccolta dati annuale riguardanti le attività svolte nelle strutture accreditate per la rendicontazione delle attività (integrazione dei dati di audit, non conformità, schede segnalazioni eventi)**

- Lo strumento è stato predisposto ed in uso nelle strutture

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Il sistema di monitoraggio per la gestione del rischio clinico prevede l'analisi dei dati riguardanti:

- Monitoraggio e verifica degli aspetti di sicurezza strutturali
- Valutazione delle criticità mediante i report annuali di servizio
- Adozione dei progetti regionali di gestione della cartella clinica
- Diffusione e condivisione delle principali linee guida e confronto sulle buone pratiche indicate dalla letteratura scientifica o dal bench-marking
- Pianificazione attività formative specifiche:
 - Formazione obbligatoria ex-626 (rischio biologico, anti-incendio, pronto soccorso)
 - Formazione sulla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico
 - Formazione sulla corretta tenuta della documentazione clinica, gestione dei conflitti, eventi avversi
- Audit
- SEA e RCA
- Analisi complessiva delle non conformità e delle schede di segnalazione eventi e reclami

FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

Di seguito vengono riportati gli strumenti/fonti informative utilizzate per il monitoraggio della sicurezza delle cure ed i conseguenti interventi adottati per la prevenzione e riduzione degli eventi avversi.

FLUSSO INFORMATIVO: SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI**DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO**

Mediante la scheda di „segnalazione eventi" si raccolgono le segnalazioni effettuate in modalità anonima degli eventi e quasi eventi in modo da poter effettuare l'analisi sugli accadimenti al fine di intraprendere azioni correttive di miglioramento preventive. L'utilizzo della scheda di segnalazione risulta essere complessivamente ancora scarsamente utilizzato dagli operatori.

ANALISI DEI DATI E DELLE CRITICITA'

Nel corso dell'anno sono state compilate **n. 13** schede inviate da **n. 3** strutture per le seguenti tipologie di eventi:


Tipologia di evento	n. casi
Comportamento aggressivo/violenza su operatore	6
Atti autolesionistici	4
Morte, coma, grave danno	1
Terapia farmacologica	2
Cadute	0
Suicidio-tentativi di suicidio	0
Overdose	0

Gli eventi segnalati hanno portato a conseguenze severe sulla salute degli utenti in due situazioni a cui ha fatto seguito lo svolgimento di audit SEA.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

L'anno trascorso a causa della situazione emergenziale di contenimento e gestione della pandemia da COVID-19 non ha consentito di organizzare momenti di sensibilizzazione con le equipe di struttura per il corretto utilizzo della scheda di segnalazione.

Sul tema del rischio clinico è stato parzialmente realizzato il progetto di miglioramento previsto, occorre procedere con il completamento dell'analisi specifica dei rischi per tipologia di struttura e l'avvio della segnalazione eventi informatizzata.

	FONDAZIONE CEIS E CEIS A.R.T.E	2020
---	---------------------------------------	-------------

INTERVENTI E AZIONI CORRETTIVE

Obiettivo	Azioni
Miglioramento del sistema e della segnalazione degli eventi	<ul style="list-style-type: none"> -Avvio della segnalazione informatizzata della „<i>scheda segnalazione eventi</i>“ -Analisi mensile degli eventi con approfondimento dei casi più critici -Informazione e sensibilizzazione del personale sull'utilizzo dello strumento.

FLUSSO INFORMATIVO/STRUMENTO: RECLAMI-SUGGERIMENTI UTENTI
DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO

Al fine di prevenire i disservizi, coinvolgere gli utenti nel percorso riabilitativo e migliorare la qualità delle cure sono previsti strumenti volti all'ascolto dei suggerimenti dei pazienti, dei loro familiari e dei servizi inviati, di seguito indicati:

- modulo per reclami
- questionario soddisfazione pazienti
- questionario soddisfazione clienti (servizi)

In essi i soggetti fruitori del servizio di cura possono indicare il loro livello di gradimento, eventuali osservazioni, criticità e disservizi.

Il modulo reclami è disponibile in ogni struttura per la sua compilazione anche in forma anonima e raccolto in apposite cassettoni esposte in ogni struttura.

I questionari di gradimento vengono raccolti annualmente per l'analisi delle informazioni e conseguenti valutazioni.

ANALISI DEI DATI E DELLE CRITICITA'

Reclami	N. 0	
Questionario soddisfazione utenti	N. 9 report pervenuti da N. 9 strutture totali	La media complessiva risulta essere di 7,77 . In una struttura è risultato insufficiente l'item „qualità alimentazione”. In una struttura è risultato insufficiente L'item „comfort infrastruttura”
Questionario soddisfazione clienti	N.10 questionari con valutazione pervenuti	Tutti i questionari riportavano una valutazione tra „abbastanza soddisfatto” a „molto soddisfatto”

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Dalle indagini di soddisfazione effettuate con periodicità pur emergendo una generale soddisfazione si sono rilevate alcune criticità sugli aspetti di comfort delle stanze di degenza e del servizio ristorazione.

INTERVENTI ED AZIONI CORRETTIVE

Obiettivo	Azioni
Miglioramento dei valori risultati non sufficienti	Le due strutture che hanno avuto esito insufficiente hanno pianificato azioni correttive descritte nelle rispettive "Relazioni annuali attività: pianificazione 2021"

FLUSSO INFORMATIVO/STRUMENTO: INFORTUNI/VIOLENZA SU OPERATORI

DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO

E' stato istituito dall'ufficio amministrativo un registro per la raccolta degli infortuni.

ANALISI DEL RISCHIO E CRITICITA'

Infortuni	
N. casi	3
N. giorni di assenza	29
Tipologia evento	
Cadute	0
Aggressioni pz (< 10 g)	0
Incidente tragitto lavoro	2
Contusioni/schiacciamenti	1
Contaminazioni	0

Dai dati ricavati dai **Registri Infortuni** si evince che il numero degli infortuni registrati è contenuto.

In futuro potrà essere effettuata una lettura longitudinale tenendo in considerazione i seguenti punti nel caso si verificano maggiori situazioni per:

- **assenze più prolungate per infortunio**
- **tipologia infortunistica più diffusa** (trauma da agito aggressivo di paziente, casi di puntura, taglio e contaminazione da rischio biologico, cadute ecc.)
- **personale maggiormente esposto all'infortunio** (educatori, infermieri, o.s.s., medici)


VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Le azioni realizzate nell'ambito della sicurezza sul luogo di lavoro, hanno consentito di mantenere sotto osservazione costante il fenomeno degli infortuni e dei fattori che possono influire sulla sicurezza per gli operatori; si proseguono le azioni finalizzate ad assicurare adeguati percorsi formativi e di coinvolgimento dei lavoratori per garantire l'applicazione delle corrette prassi operative al fine di evitare eventi indesiderati che mettono in pericolo la salute dei lavoratori stessi.

FORMAZIONE SULLA SICUREZZA E PER LA RIDUZIONE DEGLI EVENTI

I dati di seguito riportati si riferiscono al quadro complessivo della formazione erogata per tutto il personale di CEIS A.R.T.E. e FONDAZIONE CEIS che include anche le strutture accreditate.

Ambito di competenza	Evento formativo	N. incontri	Personale formato	Monte ore erogato
FORMAZIONE OBBLIGATORIA	Antincendio rischio medio	4	94	32
	Corso pronto soccorso	5+ 6 retraining	144	70
	Formazione base	3	10	12
	Formazione specifica	2	16	16
	Formazione specifica rischio basso	3	30	24
	Formazione specifica rischio alto	1	10	16
	Formazione alimentaristi	4	25	8
RISCHIO CLINICO	Corso base	1	25	8
EMERGENZA COVID	"Il virus COVID-19: azioni per la prevenzione ed il contenimento della trasmissione dell'infezione"	2	-	4
	Le procedure per la prevenzione della diffusione di malattie infettive	17	-	34
	"Il corretto uso delle mascherine e dei rischi da contagio"	Tutorial on-line	-	-

	FONDAZIONE CEIS E CEIS A.R.T.E	2020
---	---------------------------------------	-------------

INTERVENTI ED AZIONI CORRETTIVE


Obiettivo	Azioni
Sviluppo delle conoscenze e dei comportamenti per la gestione delle situazioni di rischio	Pianificazione e realizzazione di formazione obbligatoria di base e specifica (con particolare riferimento alla emergenza sanitaria COVID -19)
Implementazione monitoraggio degli aspetti legati alla sicurezza	Predisposizione del questionario di verifica per l'attuazione delle principali raccomandazioni per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19
Monitoraggio sicurezza	Valutazione dei rischi ambientali tramite analisi sul campo nelle diverse strutture e interventi strutturali e logistici per la riduzione del rischio

APPLICAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI, REGIONALI E LINEE GUIDA

L'Organizzazione, per l'adeguamento delle sue procedure che sono in costante aggiornamento ed evoluzione, tiene conto delle raccomandazioni ministeriali e regionali nonché delle principali linee guida, al fine di adottare comportamenti congrui nelle prassi operative quotidiane.

Di seguito si riporta una sintesi delle raccomandazioni di pertinenza alla tipologia di utenza trattata e del livello di applicazione.

N.	Raccomandazioni ministeriali	Livello di applicazione
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Assenza procedura specifica
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura formalizzata
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura formalizzata
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici-apparecchi elettromedicali	Non applicabile
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA „Look-alike/sound-alike“	Procedura formalizzata
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Assenza procedura specifica
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedura formalizzata
18	Raccomandazione per l'utilizzo di abbreviazioni nella gestione dei farmaci	Procedura formalizzata
	Raccomandazioni regionali	
	Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci	Procedura formalizzata
	Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale	Assenza procedura specifica
	Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica: processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura	Procedura formalizzata
	Raccomandazione regionale per la prevenzione dei suicidi in ospedale	Assenza procedura specifica
	Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura formalizzata
	Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie	Modalità operative non formalizzate in procedura specifica

	FONDAZIONE CEIS E CEIS A.R.T.E	2020
---	---------------------------------------	-------------

AUDIT - NON CONFORMITA'

La tabella riporta il consuntivo degli audit svolti e delle non-conformità segnalate.

Audit clinici appropriatezza ed esito	N 1	Progetto integrato con il Ser.T di Modena in cui sono coinvolte n. 4 strutture
Audit abbandoni	N 6	Analisi annuale complessiva svolta dalle strutture sulle interruzioni di percorso
Significant Event Audit (SEA)	N 3	Analisi specifica sugli eventi significativi avvenuti
Non conformità	N 30	Il dato complessivo riguarda n. 4 strutture che hanno registrato le n.c. individuando ed apportando azioni correttive

RISARCIMENTI DANNI EROGATI


Ai sensi dell'art. 10 comma 4 legge 24/2017, FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. ha stipulato regolare contratto assicurativo per l'anno 2020 con la compagnia Società Reale Mutua Assicurazioni: polizza 2017/10/2986503 per quanto riguarda CEIS A.R.T.E. e polizza 2016/03/2269485 per quanto riguarda FONDAZIONE CEIS.

CONTENZIOSO E RISARCIMENTO DANNI

Anno	Risarcimento danni erogati
2020	euro 0
2019	euro 2.888,00
2018	euro 0
2017	euro 0

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKERAGGIO
2020	Polizza 2986503 31.12.2021	Reale Mutua	2.745,50	no
2020	Polizza 2269485 31.12.2021	Reale Mutua	178,50	no

	FONDAZIONE CEIS E CEIS A.R.T.E	2020
---	---------------------------------------	-------------

N. POLIZZA GARANZIE PRESTATE/MASSIMALI ASSICURATI	
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI	MASSIMALE ASSICURATO
PER SINISTRO	5.000.000,00
PER PERSONA	5.000.000,00
PER DANNI E COSE	5.000.000,00
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO	MASSIMALE ASSICURATO
PER SINISTRO	3.000.000,00
PER PERSONA	2.000.000,00

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

Gli incontri con la Direzione rappresentano la sede decisionale per la pianificazione della programmazione delle azioni preventive/correttive e di miglioramento sulla base dell'analisi dei dati ricavati dalla rendicontazione annuale.

Di seguito sono indicati gli obiettivi per l'anno 2021:

- ✚ Sviluppare e migliorare il sistema di segnalazione degli eventi favorendo l'uso delle schede di segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting) in modalità informatizzata: effettuare **n. 4/5** Focus group per l'equipe delle strutture per la promozione dell'utilizzo delle segnalazione eventi
- ✚ Avvio utilizzo e gestione registro eventi avversi e non conformità informatizzato
- ✚ Formazione di primo e secondo livello sulla gestione del rischio clinico
- ✚ Verifica e valutazione dei rischi ambientali nelle strutture tramite analisi sul campo e interventi strutturali e logistici per la riduzione del rischio:
 - Installazione sistemi di allert porte In Volo e adeguamento cancello esterno
 - Installazione impianto di videosorveglianza esterna presso le strutture La Torre e Casa Mimosa
 - Completamento recinzione perimetrale esterna Casa San Matteo

- ✚ Riduzione del rischio di esiti severi conseguenti ad infezioni e contaminazione biologica mediante specifica formazione: n.1 incontro formativo a semestre
- ✚ Progettazione e svolgimento AUDIT trasversale a tutte le strutture sulla documentazione clinica che si concluderà con una procedura generale per la gestione della cartella clinica
- ✚ Aggiornamento Protocollo aziendale COVID in base alle direttive in materia
- ✚ Verifiche ispettive interne sulla sicurezza COVID e le procedure infermieristiche

TRASPARENZA

Al fine di favorire la trasparenza dei percorsi di miglioramento, e promuovere la cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione la presente relazione è pubblicata sul sito aziendale sezione Documenti.