

## Relazione Consuntiva Anno 2024

*La 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”,*

### **Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento per l'anno 2024**

#### **Premessa**

Il Policlinico G.B.Morgagni di Catania, è una struttura privata certificata ISO 9001, accreditata con il SSN. Strutturato su più presidi, di cui uno a specialità chirurgiche e mediche, per ricoveri ordinari diurni e Day Surgery, terapia intensiva, un secondo presidio dell'alta specialità cuore, inserito nella rete infarto regionale con dipartimento cardio - toraco - polmonare - vascolare con terapia intensiva e riabilitazione, un terzo polo oculistico, un quarto presidio per attività riabilitativa ambulatoriale e in day hospital.

In collaborazione con il Policlinico Morgagni è attiva la fondazione Morgagni che è impegnata oltre che nel continuo miglioramento delle innovazioni tecnologiche, nella qualità delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Da anni nell'area del Policlinico Morgagni vengono ospitati a titolo totalmente gratuito L'AVIS, centro raccolta sangue, e la LILT lega italiana per la lotta contro i tumori, promotrice di frequenti eventi per la prevenzione oncologica sul territorio.

Il Policlinico Morgagni è stato inoltre riconosciuto a nome del Prof. Sergio Castorina Centro di Eccellenza dalla SICOB, società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche.

Il presidio di chirurgia generale è inserito fra i centri specialistici autorizzati dall'Assessorato Regionale della Salute per la gestione dei pazienti affetti da tumori del colon-retto e della tiroide. (PDTA)

#### **Modello Organizzativo**

Al fine di perseguire le finalità di cui alla legge 24 dell'8 marzo 2017 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, ha proceduto all'aggiornamento del referente per la gestione del rischio clinico.

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili.

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi complessi compreso quello Sanitario, che può essere esposto a rischi collaterali. “Considerando che l’errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono insorgere circostanze che ne favoriscono il determinarsi”.(Reason 2000).

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico è una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza. Sia a livello ministeriale che regionale, sono in atto numerose iniziative per promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti. Il Policlinico GB. Morgagni ha un sistema di sorveglianza attiva sugli eventi sentinella, proprio delle strutture sanitarie che puntano all’eccellenza e alla qualità dei servizi erogati.

L’impegno del CCD Morgagni nella gestione del rischio clinico e del miglioramento del sistema qualità, è in linea con i requisiti richiesti dal Ministero della Salute e dall’Assessorato alla Salute Regione Sicilia.

La legge 24/2017 – articolo 2 e all’articolo 5 – prevede, (che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie), la pubblicazione sul proprio sito internet di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che li hanno prodotti e le conseguenti iniziative messe in atto (art. 2);

La relazione annuale contiene le “iniziative messe in atto” predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza.

## **Il contesto di riferimento**

Alla realizzazione del Piano - Programma Aziendale per la sicurezza delle Cure e la Gestione del rischio collaborano le principali componenti del sistema sicurezza aziendale: l’Area Rischio Clinico, e il gruppo operativo per la vigilanza e la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Nella Governace clinica, si ha la consapevolezza che solo una responsabile gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica. Promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuisce indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni e agevola la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

## **Assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure**

Il Direttore Sanitario, in quanto titolare del governo clinico, presiede l’attività relativa alla prevenzione e gestione del rischio, avvalendosi del Referente Aziendale per il Rischio Clinico, e del Referente per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, approva le procedure inerenti la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.

## **Strategie aziendali di riferimento per l’ anno 2024**

Per l’anno 2024 è stata svolta attività di monitoraggio e controllo, secondo le Raccomandazioni Ministeriali, per l’individuazione degli eventi sentinella, per il miglioramento della sicurezza dei pazienti nell’ambito delle buone pratiche cliniche.

Sono stati svolti audit clinici, finalizzati alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico - terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto agli standard.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure si avvale fundamentalmente delle informazioni sui rischi, gli eventi avversi e le situazioni di pericolo rilevate attraverso varie fonti informative consolidate; il sistema dell'Incident Reporting, e la ricerca delle cause, vengono attuate al manifestarsi degli accadimenti.

## **Metodologia**

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore.

A) Approccio **proattivo**: ha lo scopo di prevenire gli eventi avversi e comprende le seguenti azioni: diffusione delle raccomandazioni ministeriali relative alla sicurezza delle cure e monitoraggio del loro livello di applicazione;

sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali riguardanti la sicurezza del paziente; attuazione di programmi di qualità applicata alla sicurezza clinica (qualità della documentazione sanitaria, tracciatura dei processi);

analisi dei reclami e dei contenziosi per l'individuazione delle aree a maggior rischio;

analisi degli eventi avversi, finalizzata al miglioramento continuo secondo la logica dell'imparare dall'errore;

collaborazione con altre strutture aziendali coinvolte nella sicurezza del paziente (Direzione Sanitaria, Ingegneria clinica, Servizio di prevenzione e protezione aziendale);

promozione della cultura della sicurezza delle cure, attività di formazione continua nei vari ambiti assistenziali.

B) Approccio **reattivo**: studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. Lo strumento utilizzato è l'Audit e la Root Cause Analysis (RCA).

Oltre all'utilizzo degli strumenti di gestione del rischio clinico (Incident reporting, Audit, RCA, etc), particolare attenzione viene data alle seguenti aree:

**Sicurezza Sala Operatoria** : Monitoraggio sulla corretta applicazione della Check-list per la sicurezza in Sala operatoria.

**Sicurezza gestione farmaci**: sono state recepite con procedure aziendali le raccomandazioni ministeriali e le linee di indirizzo regionali per la sicurezza dei farmaci: Foglio Unico Terapia, terapia antiblastica, ecc.; in itinere la riconciliazione della terapia farmacologica

### **Sicurezza nella gestione del sangue ed emoderivati,**

Nell'anno 2024 non sono stati segnalati eventi avversi relativi ad emotrasfusioni.

Gestione documentazione sanitaria e consenso informato.

**Identificazione paziente** , identificazione del sito chirurgico. Nell'anno 2024 non sono stati segnalati eventi avversi relativi ad identificazione del paziente ed errori nell'identificazione del sito chirurgico.

**Monitoraggio e segnalazione evento caduta**: attività di sorveglianza delle cadute accidentali.

Dall'analisi effettuata, si mette in evidenza che la principale dinamica di caduta segnalata riguarda il momento in cui il paziente si alza dal letto per recarsi in bagno o per passare dalla posizione eretta alla posizione seduta. I fattori contribuenti alla caduta sono suddivisi in tre macro tipologie: fattori legati alle condizioni cliniche del paziente, fattori legati all'organizzazione e fattori legati

all'ambiente/presidi. Tra i fattori maggiormente indicati sono quelli legati alle condizioni cliniche del paziente;

trattasi di pazienti di età superiore ai 65 anni che presentano scarsa autonomia, agitazione o disorientamento. L'attività di audit ha permesso di rilevare che la criticità maggiore riguarda la "manca

ta rivalutazione del rischio caduta" da parte degli operatori al cambiare delle condizioni cliniche del paziente dopo terapia farmacologica o intervento chirurgico.

Si prevedono, pertanto, le seguenti azioni di miglioramento:

Az. 1. Revisione della procedura per la rivalutazione del rischio caduta;

Az.2. Attività formativa rivolta agli operatori sanitari;

Az.3 Valutazione della scala di Conley all'ingresso e successivi controlli standardizzati 36-72 h e al variare delle condizioni cliniche.

L'evento caduta è un dato in calo rispetto agli anni precedenti, riferibile ad una maggiore cura nel rilevare la scala di Conley, e una acquisita sensibilità nell'interpretare il rischio.

**Nell'anno 2004 non si è verificato nessun evento sentinella.**

Gli eventi sentinella sono considerati per la loro gravità ed il loro significato un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti, incidono sull'immagine e sul ruolo dei servizi sanitari, suscitano e/o incrementano la mancanza di fiducia dei cittadini - utenti, e gravano sulle economie delle strutture ospedaliere sia pubbliche che private.

**Nell'anno 2024** si sono verificate 8 eventi legati alla caduta senza danno presso il Policlinico G.B Morgagni di Via del Bosco ,CT , e 20 episodi legati alla caduta senza danno presso il Centro Cuore di Pedara con una riduzione totale di circa il 50% degli eventi .

**Obiettivo generale del progetto formativo aziendale:**

**Promuovere** la cultura della sicurezza , imparare dagli errori, atteggiamento imprescindibile per un sistema sanitario più sicuro.

**Sensibilizzare** il personale sanitario in materia di rischio clinico e umanizzazione delle cure . Sono state presentate alcune delle buone pratiche per evitare, prevenire o mitigare i rischi presenti nell'organizzazione sanitaria.

In relazione al fatto che buona parte delle segnalazioni pervenute, hanno a che fare con la caduta del paziente in struttura ospedaliera, si è concordato con la U.O. di formazione di riproporre per l'anno 2024 il corso formativo riguardante: "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", così da poter ampliare il target a cui esso è rivolto. Esso prevede il coinvolgimento di tutti gli attori del servizio sanitario operante nelle strutture sanitarie.

**Implementazione delle raccomandazioni sul consenso informato**

L'attività medica richiede per la sua validità e liceità, la manifestazione del consenso del paziente, il quale costituisce un presupposto imprescindibile per il trattamento medico chirurgico. Il consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, che sono tutti profili della libertà personale proclamata ed inviolabile dall'art.13 della Costituzione.

Qualunque prescrizione per essere valida, deve essere preceduta dal consenso informato. Solo in questo modo assumerà dignità propria.

Il consenso informato, quando rilevabile, viene acquisito su apposita modulistica.

### **La somministrazione dei farmaci**

La corretta somministrazione della terapia farmacologica è aspetto rilevante dell'assistenza e componente essenziale della funzione di governo clinico. costituisce requisito indispensabile per l'efficacia e la sicurezza delle cure, La sicurezza delle cure farmacologiche è aspetto rilevante dell'assistenza e componente essenziale della funzione di governo clinico. La Direzione Sanitaria e il team del Risk Management realizza attività e interventi per promuovere la sicurezza nelle cure e sviluppare maggiore consapevolezza negli operatori sanitari.

I principali obiettivi per una gestione sicura della terapia farmacologica consistono nel ridurre il rischio di errore ed eliminare, laddove possibile, il verificarsi di eventi causativi di un danno per il paziente. La garanzia della sicurezza della terapia farmacologica si realizza anche attraverso l'applicazione di strumenti e percorsi di segnalazione di eventi significativi per la sicurezza nella gestione del farmaco.

### **Nell'anno 2024 l'Assessorato alla Salute ha inserito il Policlinico G.B Morgagni di Catania e il Centro Cuore di Pedara, nel progetto per lotta alle infezioni ospedaliere**

La prevenzione e il controllo delle ICA rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti. Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza adattato a ogni ambito assistenziale.

Nell'anno 2024 dai dati laboratoristici si evidenzia un incremento della segnalazione dei germi sentinella, resistenti e multi resistenti alle terapie antibiotiche.

### **La sorveglianza**

L'azione di gran lunga più efficace nel controllo delle infezioni ospedaliere è la sorveglianza mirata, intesa come la raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo e valutazione dell'efficacia delle stesse. I sistemi di sorveglianza continua si sono infatti dimostrati molto efficaci, se orientati a specifiche aree di rischio. L'uso di schede di rilevazione, specifiche per aree, si è mostrato molto utile. Presso le strutture di ricovero vengono spesso accolti in urgenza pazienti trasferiti dal pronto soccorso di ospedali pubblici e pertanto non viene rispettata la procedura del prericovero che consente la valutazione clinica del paziente in in epoca precedente al ricovero.

### **La Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, strutture residenziali territoriali.

Il trend epidemiologico della frequenza di ICA è in aumento in tutto il mondo e tale incremento è attribuibile a diversi fattori, quali la maggiore proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, nonché il fenomeno della resistenza batterica agli antibiotici. Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore

modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza della infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Le infezioni ospedaliere risultano in lieve calo per quanto riguarda l'anno precedente, e riguardano le 4 sedi specifiche:

- Vie urinarie (IVU)
- Infezioni sito chirurgico (ISC)
- Apparato respiratorio (IVR)
- Infezioni associate a catetere intravascolare centrale (CIC).

### **La formazione**

Nel 2024 IL Policlinico G.B Morgagni è divenuto provider per la formazione continua in medicina (ECM). Per gli eventi formativi erogati, sono stati assegnati 3.025.3 crediti ECM

Un elemento decisivo nel programma di riduzione della incidenza delle infezioni ospedaliere è la formazione professionale del personale che deve concentrare i suoi sforzi sul personale direttamente coinvolto nell'assistenza al malato, ma, almeno a livello informativo, non deve escludere nessuna delle componenti ospedaliere, compreso il personale medico.

La sorveglianza retrospettiva per i germi sentinella ha messo in evidenza la presenza di ceppi batterici resistenti e multiresistenti ai comuni trattamenti antibiotici.

Il referente per il rischio infettivo, adotta le più aggiornate e moderne terapie nella lotta alle infezioni causate da germi resistenti e multiresistenti.

Tra le misure chiave ricordiamo:

### **Obiettivi specifici:**

- il lavaggio corretto delle mani (che rimane un'azione più importante ed efficace),
- eliminare le procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie,
- il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti,
- la sterilizzazione dei presidi,
- il rispetto della asepsi nelle procedure invasive,
- il controllo del rischio di infezione ambientale,
- la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate (quando possibile con adeguato anticipo per consentire una buona risposta immunitaria).
- le vaccinazioni degli operatori sanitari.
- le attività di sorveglianza delle infezioni.
- l'identificazione e il controllo delle epidemie.
- l'eventuale isolamento dei pazienti, e il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti

## **Attenzione all'alimentazione**

La Casa di Cura è il luogo dove la sicurezza e l'igiene sono straordinariamente fondamentali, non solo in termini di edilizia e lavoro, ma anche per quanto riguarda la qualità degli alimenti serviti e i relativi processi di preparazione, confezionamento e distribuzione. L'adozione del sistema di autocontrollo HCCP, tra l'altro obbligatorio, aiuta a prevenire l'insorgenza di problematiche igienico sanitarie a tutela della sicurezza e della salute delle persone ricoverate.

Viene svolto costantemente il monitoraggio della qualità, confezionamento e temperatura dei pasti somministrati ai degenti.

## **Gestione delle raccomandazioni ministeriali (AGENAS)**

- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio
- Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABo
- Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica
- Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

## Igiene e sterilità degli ambienti ( degenze –sale operatorie- unità di cure intensive – emodinamica )

Per “pulizia” si intende il complesso di procedimenti e di operazioni atti a rimuovere ed asportare rifiuti, polveri e sporco, di qualsiasi natura esso sia, dalle superfici e dagli ambienti.

Possono essere:

pulizie ordinarie: comprendono attività di pulizia di carattere continuativo e routinario,

pulizie periodiche: comprendo attività di pulizia più profonda a periodicità più lunga da svolgersi con frequenze prestabilite. pulizie straordinarie: comprendono interventi imprevedibili richiesti per esigenze occasionali che possono comprendere attività di tipo quotidiano e periodico.

Le **degenze** sono mantenute pulite, igienizzate e ordinate, così pure i bagni annessi.

Le **sale operatorie** e gli ambienti ad esse correlati, - **unità di cure intensive – semi-intensive, - emodinamica**, gli ambienti del **DH** , dall’esito dei tamponi eseguiti con costante periodicità e in relazione ai dati ottenuti dai controlli, , hanno dato raramente una carica batterica nel limite consentito (2 C.F.U). e comunque è stato risolto con la bonifica delle superfici ritenute non idonee. Si ritiene un **livello di rischio molto basso**. La valutazione della qualità degli impianti di aerazione dai controlli è risultata idonea, il controllo del rischio risulta complessivamente buono. Ruolo importante svolge la centrale di sterilizzazione che consente la tracciabilità dei processi effettuati ; le procedure e le verifiche sono presso l’archivio dei documenti.

### La Legionellosi in ospedale : strategie di prevenzione

La gestione del rischio legionellosi nosocomiale è controllato da un sistema in grado di prevenire in modo efficiente , prima che si verifichi il caso, o il cluster dei casi di malattia.

Il programma di manutenzione prevede i controlli dell’impianto e l’analisi delle acque, programmate ed eseguite con regolarità, tali da permettere e di mantenere pulito ed efficiente il sistema della distribuzione dell’acqua.

In relazione ai dati laboratoristici si ritiene un **livello di rischio basso / molto basso**, quindi il controllo del rischio risulta complessivamente adeguato.

### Valutazione del rischio dell’impianto aeraulico

Il programma di manutenzione prevede controlli specifici, ripetuti durante l’anno.

Tale manutenzione permette di mantenere pulito ed efficiente tutto il sistema di areazione.

In relazione ai dati ottenuti dai controlli, si ritiene un **livello di rischio basso /molto basso** quindi il controllo del rischio risulta complessivamente adeguato.

### Valutazione del rischio degli impianti di sterilizzazione

La ricerca di batteri e funghi su tamponi seriatì delle superfici e dell’aria, hanno dato una carica batterica

inferiore al limite consentito, in relazione ai dati ottenuti dai controlli, si ritiene un **livello di rischio molto basso**. Il controllo del rischio risulta complessivamente buono.

### U.F di oncologia e UFA

negli ambienti della U.F di oncologia e UFA ( unità farmaci antitumorali) la ricerca di batteri e funghi su tamponi seriatì delle superfici e dell’aria, hanno dato raramente una carica batterica

intorno al limite consentito. e comunque è stato risolto con la bonifica delle superfici ritenute non idonee. Dai dati ottenuti dai controlli si ritiene un livello di rischio **basso /molto basso**, quindi il controllo del rischio risulta complessivamente adeguato.

#### **Area ad elevata intensità di cure**

Negli ambienti dell'area ad elevata intensità di cure, la ricerca di batteri e funghi su tamponi seriatati delle superfici e dell'aria, hanno dato una carica batterica inferiore al limite consentito. Dai dati ottenuti dai controlli si ritiene un livello di rischio **basso /molto basso**, quindi il controllo del rischio risulta complessivamente buono.

#### **Area emodinamica**

Negli ambienti dell'area emodinamica, la ricerca di batteri e funghi su tamponi seriatati delle superfici e dell'aria, hanno dato una carica batterica inferiore al limite consentito. Dai dati ottenuti dai controlli si ritiene un livello di rischio **basso /molto basso**, quindi il controllo del rischio risulta complessivamente buono.

#### **Nella revisione delle cartelle cliniche, per la congruenza terapeutica e l'appropriatezza dei ricoveri, vengono effettuate le seguenti verifiche:**

- verifica della corretta compilazione della cartella clinica (identificazione e tracciabilità del medico) e della cartella infermieristica;
- verifica della corretta somministrazione del consenso informato all'atto medico;
- verifica della valutazione del dolore;
- verifica della scheda unica di terapia;
- verifica della profilassi antibiotica e tromboembolica;
- verifica relazione di dimissione;

#### **Monitoraggio della qualità percepita dall'Utente**

La qualità percepita da parte dell'Utente, risulta un giudizio positivo raggiunto, su tutti gli items di valutazione.

Le richieste risarcitorie. da parte di utenti già ricoverati, ad oggi sono in corso di valutazione .

**Il Risk Manager  
Dott. Sebastiano Spina**

