

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

Medaglia d'oro della Scuola, della Cultura e dell'Arte D.P.R. 02/06/1954

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica D.P.R. 8/12/2007

Sistema Gestione Qualità : Norma ISO 9001:2015 - Certificato IMQ/CSQ - N° Certif. 9122.LVAC

Prot. n.

#### **PREMESSA**

Rischio clinico: la probabilità che una persona in trattamento possa essere vittima di un evento avverso che provochi danno o disagio involontario alle cure mediche cui è sottoposto. Il rischio può essere arginato attraverso buone pratiche di un "risk managment" ben articolato e comprensivo di tutte le aree in cui vi è probabilità che si verifichi l'errore.

## L'errore occasione di apprendimento e di miglioramento.

#### Errore:

- · interpretazione errata di uno stimolo
- scelta di una norma o prassi non adeguata per adempimenti su di essi basati
- pianificazione di una strategia non adatta a raggiungere l'obiettivo

### Tipi di errori:

- ✓ azioni compiute in maniera difforme da quanto pianificato: l'operatore conosce la procedura, ma per vari motivi la disattende
- √ difetto della memoria, l'azione produce un risultato diverso da quello atteso
- ✓ errori che vengono commessi durante l'intero processo, ovvero quando si è optato per una regola/prassi inadeguata oppure gli attori non possegono adeguate conoscenze

#### **DOCUMENTO**

L' Istituto ritiene prioritario il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle prestazioni. In questa ottica le procedure i regolamenti sono ispirati e conformi alle specifiche "raccomandazioni" enunciate dal Ministero della, per la parte applicabile all'attività esplicata dall'Istituto e così come consultabili su sito del Ministero della Salute https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure.

Tutti coloro che collaborano a vario titolo nell'attività riabilitativa hanno il preciso dovere di segnalare qualsiasi errore, disguido o anche il solo "evento sentinella" dovessero ravvisare nelle fasi di erogazione del servizio, la segnalazione può esplicarsi attraverso invio di mail ai propri responsabili, comunicazione diretta nel corso di riunioni del servizio o di Direzione. La Direzione, il medico responsabile del servizio ed il medico responsabile dei PRI hanno, a loro volta, il preciso obbligo di analizzare con attenzione quanto emerso, individuare cause, responsabilità e le specifiche azioni di miglioramento per evitare rischi in futuro.

La Direzione pianifica audit periodici interni per verificare l'appropriatezza dei trattamenti, sulla base della registrazione delle attività svolte e faddove ne ricorrano i presupposti, con l'osservazione diretta. Sono altresì previste verifiche esterne (quali le verifiche ISO 9001:2015). Gli audit hanno come obbiettivo quello di verificare eventuali scostamenti dell'assistenza riabilitativa prestata rispetto agli standard conosciuti o di best practice, suggerendo opportunità di correzione e di miglioramento.



ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Ha per obiettivo la sicurezza dei pazienti, attraverso la prevenzione di errori evitabili ed il contenimento dei possibili effetti dannosi (protezione).

Il compito è individuare gli EVENTI DANNOSI ritenuti più probabili e di stabilire le procedure per la loro prevenzione.

#### 1. CADUTE

- a. Controllo dell'ambiente attraverso periodiche visite effettuate dall'equipe deputata alle verifiche previste dal D.Lgs. 81/08
- b. Formazione del personale attraverso lezioni periodiche tenute da fisiatri e terapisti sulla movimentazione dei carichi.
- c. Sorveglianza attraverso un corretto rapporto operatori-utenti.
- d. Manutenzione delle carrozzine (da effettuare al II Piano dal Terapista Occupazionale, con annotazione sul libretto di circolazione).
- e. Revisione periodica delle procedure

### 2. EVENTI DANNOSI DA ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

- a. Corretta tenuta del registro di annotazione dei farmaci con relativa certificazione di prescrizione a monte
- b. Lettura del registro delle consegne infermieristiche al cambio dei turni.
- c. Riscontro dei vari registri, in caso di modifiche.
- d. Attenta preparazione del carrello dei farmaci.
- e. Osservanza delle procedure per la corretta identificazione del paziente
- Firma dell'infermiere al momento della somministrazione ad ogni singolo utente.
- g. Revisione periodica delle specifiche procedure

#### 3. PIAGHE DA DECUBITO

- a. Applicazione della Scala di Braden per gli utenti a rischio.
- b. Seguire le indicazioni scritte, di cambiamenti di posizione e posturali, indicate per gli utenti interessati.

00195 Roma - Viale Angelico, 22 - Tel-06/37.59.301 R.A.

info@leonardavaccari.it - istitutovacdan@legalmail.it - www.leonardavaccari.it -

C.F. 02516250582

Kombarlich



ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

- c. Presenza di schede specifiche con indicazione della sede della piaga, del tipo di medicazione ed eventuali variazioni, per il monitoraggio dei tempi di guarigione e dell'efficacia della medicazione.
- d. Utilizzo di materassi antidecubito e letti elettrici motorizzati regolabili in altezza ed inclinazione.
- e. Revisione periodica delle specifiche procedure

### 4. EVENTI DANNOSI DA SOMMINISTRAZIONE DEL CIBO

- a. Prescrizioni dei terapisti specialisti con indicazioni posturali ed accorgimenti vari in schede personalizzate degli utenti con difficoltà di deglutizione.
- b. Presenza delle schede personali nei vari tavoli da pranzo per consultazione,
   anche in caso di cambio di assistente addetto ai pasti.
- c. Annotazione nelle schede anche di eventuali intolleranze ed allergie.
- d. Corretta procedura infermieristica scritta, nel caso di PEG.
- e. Somministrazione periodica del test di GUSS da parte degli infermieri.
- f. Revisione periodica delle specifiche procedure

## 5. EVENTI DANNOSI DA PROBLEMI DI EVACUAZIONE

- a. Accurata tenuta delle schede di annotazione per gli utenti residenziali.
- b. Utilizzo di clisteri e/o sostanze facilitanti la peristalsi intestinale oppure di antidiarroici.
- c. Alimentazione equilibrata e, in caso di stipsi/diarrea, personalizzata.
- d. Revisione periodica delle specifiche procedure

## 6. MALFUNZIONAMENTO DEGLI APPARECCHI ELETTROMEDICALI

- a. Accurata esecuzione delle verifiche periodiche previste
- b. Segnalazione di ogni eventuale alterazione del funzionamento delle apparecchiature
- c. Revisione periodica delle specifiche procedure

#### 7. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

- a. Corretta applicazione delle procedure sulla corretta igiene della mani, secondo il "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" emanato dal Centro Regionale Rischio Clinico (crrc) della Regione Lazio (19 Febbraio 2021)
- b. Revisione periodica delle specifiche procedure

Combalanter

3



ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

Per quanto riguarda, in particolare, la protezione, cioè il contenimento dei possibili effetti dannosi il Sistema Qualità dell'Istituto prevede la immediata segnalazione dell'errore/nearmiss/disservizio/evento sentinella, attraverso procedure strutturate e condivise, quindi successivo intervento di individuazione delle criticità, azioni di miglioramento, condivisione/diffusione e monitoraggio. Le succitate raccomandazioni rappresentano un'estrapolazione ed una sintesi di procedure molto più articolate, archiviate e consultabili nel sistema documentale della qualità.

Roma 20.02.2024

II Direttore Sanitario Lssa Veronica Vernoc

00195 Roma - Viale Angelico, 22 - Tel. 06/37.59.301 R.A.

info@leonardavaccari.it - istitutovaccari@legalmail/i. www/leonardavaccari.it -

C.F. 02516250582 - P. IVA 125 81400

'autoutube