



## CLINICA SAN FRANCESCO SRL

Casa di Cura Privata Accreditata SSN

VIA MONTE ORTIGARA, 21/B - 37124 Verona

## RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT

MOD 1

*Legge n. 24, 8 marzo 2017*

*Art. 2, comma 5. Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.*

*Art. 4, comma 3. Pubblicazione nel sito internet della struttura sanitaria, dell'importo dei risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativi all'ultimo quinquennio*

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
1/1	17/04/2024	RM Lorena Zanini <i>Lorena Zanini</i>	DS Chiara Sacchi <i>Chiara Sacchi</i>	DG Samuele Natali <i>Samuele Natali</i>

<b>1</b>	<b>INDICE</b>	
<b>1</b>	<b>INDICE .....</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ ANNO PRECEDENTE .....</b>	<b>6</b>
3.1	PARTECIPAZIONE ALL'OSSERVATORIO "BUONE PRATICHE" DELL'AGE.NA.S. ....	7
3.2	ADESIONE ALLA CARTA DEI SERVIZI DI CITTADINANZA ATTIVA CON OTTENIMENTO DEL BOLLINO	7
3.3	PREVENZIONE ATTI DI VIolenza SU OPERATORI .....	7
3.4	REDAZIONE COLLANA "SISCURI SERENI INFORMATI – PRENDIAMOCI CURA" .....	7
3.5	COINVOLGIMENTO PAZIENTE NEL RISCHIO CLINICO 2023 .....	8
3.6	FMECA ( <i>Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis</i> - Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti) .....	8
3.7	SWR ( <i>Safety WalkRound</i> – Passeggiate della sicurezza) .....	9
3.8	FORMAZIONE SU RISCHIO CLINICO ENTRO IL 1° ANNO DI SERVIZIO .....	10
3.9	UTILIZZO EMOGASANALIZZATORE IN SALA OPERATORIA.....	10
3.10	ANTIBIOTICO PROFILASSI PERIOPERATORIA .....	10
3.11	GESTIONE PRESTAZIONE DI INIEZIONE INTRAVITREALE.....	10
3.12	ACCORPAMENTO RUOLO DI RESP. QUALITA' E ACCREDITAMENTO CON RUOLO DI RIK MANAGER	
	10	

1 RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTI DEL DATO
Near Miss	32	28%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inesattezza di dati paziente/lato/sede (n. 13)</li> <li>Inadeguata prescrizione/somministrazione e terapia – Riconciliazione farmacologica incompleta (n. 12)</li> <li>Inadeguata gestione campioni biologici (n. 4)</li> <li>Documentazione sanitaria incompleta (n. 2)</li> <li>Ritardo prestazione assistenziale (n. 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segnalazione al Centro Trasfusionale</li> <li>Segnalazione Allergie in spazio apposito H2O</li> <li>Refresh su utilizzo POCT-EMO</li> <li>Rinnovate le raccomandazioni su applicazione corretta Check-list di sicurezza di sala operatoria</li> </ul>	08_RC 2023 10_RC 2023
Eventi Avversi	81	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infezione (n. 20)</li> <li>Caduta (n. 14)</li> <li>Sospensione ricovero/intervento (n. 9)</li> <li>Re-intervento chirurgico (n. 1<sup>1</sup>)</li> <li>Inesattezza di dati paziente/lato/sede (n.7)</li> <li>Aggressione ad operatore (n. 5)</li> <li>Trasferimento al PS AOUI (n. 4)</li> <li>Inadeguata gestione campioni biologici (n. 4)</li> <li>Inadeguata procedura chirurgica (n. 4)</li> <li>Omessa procedura diagnostica (Rx) (n. 3)</li> <li>Reazione a farmaci (n. 3)</li> <li>Inadeguata prescrizione/somministrazione e terapia (n. 2)</li> <li>Ritardo procedura chirurgica (n. 2)</li> <li>Malfunzionamento di Dispositivo Medico (n. 1)</li> <li>Ritardo prestazione assistenziale (n. 1)</li> <li>Altro (n. 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiunta 1 unità infermieristica nella fascia 13.30-14.00</li> <li>Ridefinite indicazioni su referti positivi all'urocoltura</li> <li>Cambiate piastre per elettrobisturi</li> <li>Rinnovate le raccomandazioni su applicazione corretta Check-list di sicurezza di sala operatoria</li> <li>Rinnovate raccomandazioni per gestione campioni biologici</li> <li>Definizione della gestione delle emergenze e del processo trasfusionale in sala operatoria</li> </ul>	03_RC 2023 06_RC 2023 07_RC 2023 08_RC 2023 10_RC 2023 11_RC 2023 12_RC 2023
Eventi Sentinella	2	2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure</li> <li>Aggressione ad operatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Violazione raccomandazioni LG sulla sicurezza del paziente (conteggio dispositivi a fine intervento) - Richiamo all'applicazione peculiare della Check-list di sicurezza</li> <li>Inadeguatezza linee guida per la gestione del paziente aggressivo - Programmato ciclo di incontri formativi con Dolmen sull'argomento</li> </ul>	04_RC 2023
<b>Totale</b>	<b>115</b>	<b>100%</b>			

Gli eventi **Near Miss** comprendono:

<sup>1</sup> Altri 6 ricavati da Infobusiness ma non segnalati

- **Inesattezza di dati paziente/lato/sede (n. 13):**
  - mancate segnalazioni di allergia al nichel, positività sierologiche
  - referti di gruppo sanguigno con dati errati o di altri pazienti
  - inserimento in cartella di referto/verbale operatorio di altro paziente
  - incongruenza sulla tipologia di anestesia / tipo di intervento tra documentazione in cartella clinica
- **Inadeguata prescrizione/somministrazione terapia – Riconciliazione farmacologica incompleta (n. 12)**
  - prescrizioni errate/incomplete/assenti
  - grafia incomprensibile
  - riconciliazione incompleta
- **Inadeguata gestione campioni biologici (n. 4)**
  - mancata identificazione campioni o richiesta
  - mancata ripetizione indagine POCT
  - ritardo invio campioni al Laboratorio Analisi
  - temperatura conservazione
- **Documentazione sanitaria incompleta (n. 2)**
  - cartellino anestesilogico incompleto
  - rientro paziente da sala operatoria senza cartella clinica
- **Ritardo prestazione assistenziale (n. 1)**
  - punti sutura senza medicazione.

Gli **Eventi Avversi** comprendono:

- **Infezione (n. 20) 0,3% rispetto ai 7211 interventi eseguiti (media nazionale infezioni del sito chirurgico 10,5%<sup>2</sup>):**
  - IVU n. 1
  - ISC superficiale n. 1
  - ISC profonda n. 3
  - Setticemia n. 1
  - ISC periprotetica
    - Protesi ginocchio n. 7
    - Protesi anca n. 7

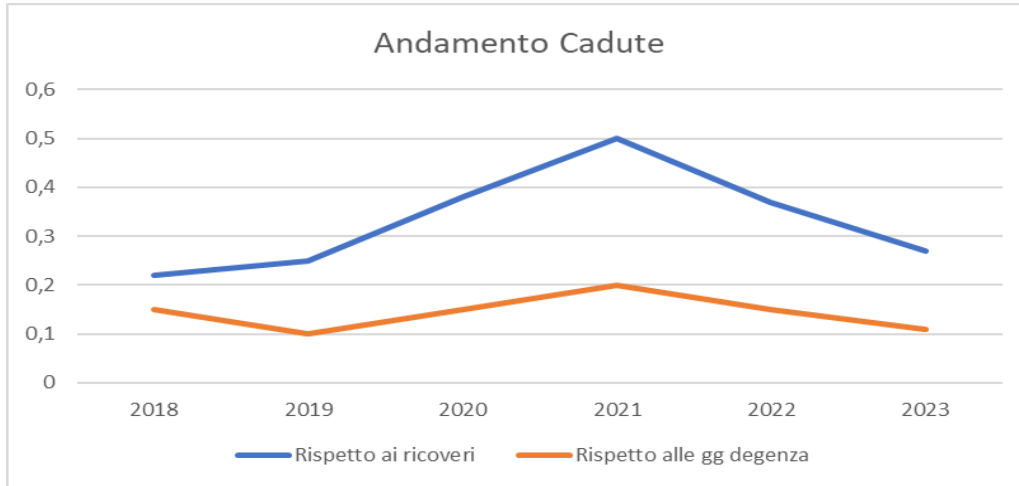
Tabella confronto **Infezioni** (range nazionale di riferimento 0.5-2%)



- **Caduta (n. 14) 0.27% dei ricoveri (range di riferimento nazionale 0.6%-3.9%) età media 71 anni - di cui**

<sup>2</sup> 1/2/2024 - Report riassuntivo della sorveglianza delle ICA e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3)

- 3 presso il settore specialistico ambulatoriale/diagnostica per immagini
- 7 presso il reparto di Ortopedia
- 4 presso il reparto di Rieducazione Funzionale
- L'andamento delle **Cadute** negli anni produce il seguente grafico:



- **Sospensione ricovero/intervento (n. 9)**
  - batteriuria
  - mancata sospensione farmaco
  - necessità approfondimenti diagnostici
  - problemi organizzativi
  - alto rischio emorragico
  - per volere del paziente
- **Re-intervento chirurgico (n. 1+6)**
  - revisione tasca periprotetica mammella sx
  - ritensionamento legamentoso su protesi PIP
  - espianto di lente intraoculare con impianto secondario di lente
  - revisione protesi anca per falsa strada stelo femorale
  - riposizionamento drenaggio ginocchio
  - riposizionamento cotile con asportazione osteofita
  - revisione protesi per lussazione
- **Inesattezza di dati paziente/lato/sede (n.7)**
  - mancata segnalazione allergie
  - nome errato
  - errata lateralità
- **Aggressione ad operatore (n. 5)** a carico di personale amministrativo, Infermiere, Operatore Socio Sanitario
- **Trasferimento al PS AOUI (n. 4)**
  - anemia persistente
  - perdita di coscienza e manovra MCE
  - complicanze cardiologiche
- **Inadeguata gestione campioni biologici (n. 4)**
  - campioni sversati
  - invio al laboratorio istopatologico anziché microbiologico
- **Inadeguata procedura chirurgica (n. 4)**
  - mancanza DM necessario

- lacerazione ramo arterioso
- anestesia su lato errato
- **Omessa procedura diagnostica (Rx)** (n. 3) nel percorso preoperatorio
- **Reazione a farmaci** (n. 3) tutti relativi al mezzo di contrasto
- **Inadeguata prescrizione/somministrazione terapia** (n. 2) per errate somministrazioni
- **Ritardo procedura chirurgica** (n. 2)
  - assenza specialist di prodotto
  - richiesto approfondimento resosi poi non necessario
- **Malfunzionamento di Dispositivo Medico** (n. 1) a carico di piastra elettrobisturi
- **Ritardo prestazione assistenziale** (n. 1) punti di sutura
- **Altro** (n. 1) perdita dente (già mobile) dopo manovre per pdc

## 2 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N° SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2019	5	123.732,32
2020	5	71.913,42
2021	3	80.000,00
2022	5	85.740,00
2023	6	309.535,44

## 3 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA <sup>(A)</sup>	STATO ATTUAZIONE
1. Partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (OMS - 5 Maggio 2023)	Sì	Realizzata
2. Incontri di approfondimento Incident Reporting	Sì	Raggiunto 63% -Previsto 80%
3. Corso Lavaggio mani	Sì	Raggiunto 83% - Previsto >=90%
4. Medicazione della ferita chirurgica:	Sì	Applicata a tutti i pazienti di protesica 100% - Previsto >=80%
5. Corso gestione emergenze in CDV (gestione reazioni a MDC)	No	Rimandata
6. Efficientamento percorso pazienti operande di Lipofilling seno	Sì	Completato e a regime
7. Conclusione progetto Check-Therapy	Sì	Completato: nel 98,59% dei casi l'Infermiere passa a controllare la reale assunzione della terapia farmacologica consegnata al paziente perché la assuma in autonomia
8. Riorganizzazione servizio ambulatoriale di FKT	In corso	In corso

9. Corso di formazione per la Gestione del paziente violento	Sì	Raggiunto 66% -Previsto >= 20% (cfr 3.3)
10. Migliorare la segnalazione delle Infezioni sul portale Regione Veneto	Sì	Raggiunto il 100% - Previsto 100%
11. Partecipazione alla Giornata per la sicurezza del Paziente della Regione Veneto	No	Nessuna iniziativa da parte di Regione Veneto

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

### 3.1 PARTECIPAZIONE ALL'OSSERVATORIO "BUONE PRATICHE" DELL'AGE.NA.S.

Clinica San Francesco ha risposto alla *Call for Good Practice 2023* di AGENAS che riguardava il tema del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e dalla comunità nella sicurezza dell'assistenza, pubblicando sul sito il progetto interno dal titolo **Miglioramento della sicurezza del paziente. Prevenzione delle cadute nel paziente Ortopedico sottoposto a blocco del nervo femorale a scopo antalgico** reperibile al link <https://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>.

### 3.2 ADESIONE ALLA CARTA DEI SERVIZI DI CITTADINANZA ATTIVA CON OTTENIMENTO DEL BOLLINO

Clinica San Francesco ha condiviso la propria Carta dei Servizi con Cittadinanza Attiva che l'ha trovata *"un documento preciso e rispondente alle indicazioni elaborate da Cittadinanzattiva a tutela dei diritti dei malati in accordo con le direttive di Active Eu Citizenshipip. La ritengo inoltre uno strumento efficace ed utile per i cittadini che si rivolgeranno alla vostra struttura. Esprimo a nome di Cittadinanzattiva, come membro della Segreteria regionale e come Presidente dell'Assemblea della Marca Trevigiana, la mia piena approvazione al documento."*

Clinica San Francesco ha quindi ottenuto e pubblicato sul proprio sito il Bollino di Cittadinanza Attiva reperibile al link <https://www.ghcspa.com/clinicasanfrancesco/la-clinica/amministrazione-trasparente>.

### 3.3 PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA SU OPERATORI

Clinica San Francesco ha recepito le indicazioni di Regione Veneto sulla prevenzione delle aggressioni ai danni di operatori Sanitari contenute nel documento Prot. N. 0072485 del 17/02/2022 Trasmissione documento di indirizzo regionale relativo alla "Aggressioni ed atti di violenza a danno degli Operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi. Guida per gli operatori del Servizio Sanitario della Regione del Veneto".

L'adeguamento ha riguardato la revisione della procedura interna PR 34 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI E ATTI DI VIOLENZA e la predisposizione di materiale informativo all'utenza che sarà pubblicato e divulgato attraverso i monitor delle sale d'attesa della struttura.

### 3.4 REDAZIONE COLLANA "SICURI SERENI INFORMATI – PRENDIAMOCI CURA"

La collana **"Sicuri, Sereni, Informati. PRENDIAMOCI CURA"** raccoglie tutte le iniziative, già attuate e attuabili in futuro, a favore dell'*engagement* del paziente nella sua sicurezza. Si tratta di opuscoli e clip video dedicati alla prevenzione delle infezioni e medicazione della ferita chirurgica, prevenzione delle cadute, principi generali di rischio clinico e sicurezza:

#### RISCHIO CLINICO E SICUREZZA PAZIENTE

- GUIDA DEGENTI consegnato a tutti i pazienti al primo accesso
- GUIDA PER VISITE/ESAMI disponibile nei distributori sale d'attesa

**PREVENZIONE INFEZIONI**

- PREVENZIONE DELLE INFEZIONI consegnato a tutti i pazienti al primo accesso
- Mod\_PT18\_02\_01\_04 OPUSCOLO EDUCAZIONE PAZIENTE GESTIONE FERITA CHIRURGICA (IT-ENG) consegnato a tutti i pazienti al primo accesso
- IGIENIZZO SEMPRE E SPESSO LE MANI applicato in ogni servizio igienico della struttura

**PREVENZIONE CADUTE**

- Mod\_PT\_20\_02 PERICOLO CADUTA – IO NON CADO applicato in ogni stanza di degenza
- PERICOLO CADUTA – IO NON CADO solo per pazienti sottoposti al blocco del nervo femorale a scopo antalgico
- PREVENIRE LE CADUTE indicazioni per il domicilio

**3.5 COINVOLGIMENTO PAZIENTE NEL RISCHIO CLINICO 2023**

Il progetto prevedeva degli incontri mensili con i pazienti solventi (per intervento di protesica) e degenti per il percorso riabilitativo. Durante tali incontri l'intento è stato quello di focalizzare la loro attenzione sulla sicurezza della degenza nei termini di rischio clinico e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Oltre al valore intrinseco di questi momenti formativi gli incontri ci permettono anche di rispondere al requisito di accreditamento 6.4.4 *Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.*

Gli incontri sono iniziati a settembre 2023 previo consegna dell'invito il giorno ad ogni paziente presente nel reparto prescelto, hanno avuto la durata di circa mezzora dove Risk Manager e Referente Infermiere per le Infezioni Ospedaliere hanno parlato, rispettivamente, del ruolo che ogni paziente ha nella propria sicurezza durante il percorso di cura secondo quanto contenuto nel pieghevole "*SICURI, SERENI INFORMATI. Prendiamoci cura*" fornito al primo accesso in struttura per il precovero; la seconda ha focalizzato l'attenzione del paziente sulla prevenzione delle Infezioni Ospedaliere con particolare riguardo all'Igiene delle mani. Al termine degli incontri ogni partecipante ha ricevuto un questionario (facoltativo) con domande specifiche sul Rischio Clinico e sull'incontro.

Gli incontri mensili hanno permesso di coinvolgere dal 24% al 47% dei pazienti dimessi nel mese con degenza in solvenza (protesica) o con onere a carico del SSN per il percorso riabilitativo. L'invito non sempre è stato accolto da tutti i pazienti (soprattutto per situazioni cliniche di malessere) e la percentuale di compilazione del questionario alla dimissione varia dal 50% al 90%.

Le risposte ricevute con i questionari sono estremamente positive e confortanti, evidenziando una percezione favorevole degli incontri.

Questi risultati positivi ci motivano a continuare e a migliorare costantemente le nostre attività. Pertanto, il progetto verrà portato avanti con dedizione e impegno, con l'obiettivo di coinvolgere sempre più i pazienti nel rischio clinico e nella sicurezza per renderli protagonisti, consapevoli e collaborativi nel percorso di cura (vedi RC 05/2023).

**3.6 FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis- Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti)**

Nel corso del 2023 è stata utilizzata la FMECA per approfondire due processi che presentavano delle criticità (vedi RC 13/2023 e RC 14/2023):

- Controlli Qualità dell'apparecchiatura POCT
- Preparazione della cartella clinica per il ricovero di un paziente di RF



In entrambi i casi la partecipazione del personale è risultata molto attiva e ha portato ad individuare delle azioni di miglioramento principalmente operative che hanno agevolato i due processi e permesso di evitare degli errori che potevano compromettere l'affidabilità del risultato, nel caso del POCT, e ha ridotto i tempi di preparazione della cartella clinica nel secondo caso.

Nel dettaglio le azioni sono state:

- Controlli Qualità dell'apparecchiatura POCT

Specificate le istruzioni operative per eseguire correttamente i controlli qualità dello strumento al fine di avere risultati attendibili.

- Preparazione della cartella clinica per il ricovero di un paziente di RF

Snellito il processo di preparazione della cartella evitando di prepararla con grande anticipo rispetto al ricovero del paziente.

### 3.7 SWR (*Safety WalkRound* – *Passeggiate della sicurezza*)

Le SWR sono state svolte dal team costituito dal Risk Manager, il Direttore Generale, la Direttrice Sanitaria e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione presso la sede staccata di Clinica San Francesco (Centro Diagnostico) e un reparto di degenza. Alle passeggiate hanno partecipato anche alcune figure professionali dei due settori che hanno avuto modo di esprimere alcune criticità con proposte di soluzione che, in alcuni casi, sono prettamente organizzative, altre strutturali, talune delle quali attualmente ancora in corso di completamento.

Nello specifico:

#### SWR nel reparto di degenza (vedi RC 16/2023)

- Migliore gestione orari palestra in relazione all'orario del pranzo: cambiato il fornitore dei pasti anticipando gli orari degli stessi così da dare modo ai pazienti di pranzare con calma prima di accedere alla palestra
- Programmazione ricoveri di pazienti maggiormente autonomi per le stanze di degenza con bagno ad accesso più stretto
- Programmazione di refresh per i medici anestesisti circa il processo trasfusionale (vedi anche RC 09/2023)
- Gestione delle dimissioni in giornata per evitare episodi di malore in uscita dalla struttura lasciando il paziente seduto per un tempo maggiore o, in alternativa, facendolo attendere in sala d'attesa del reparto

#### SWR presso sede stacca CDV (vedi RC 15/2023)

- Mantenere attiva la porta principale di uscita azionando il comando perché funzioni solo verso l'esterno così da evitare il passaggio degli ultimi utenti del pomeriggio attraverso il parcheggio interno che presenta una pavimentazione sconnessa e potrebbe mettere le persone a rischio di caduta.
- Acquistato e installato un paletto all'inizio delle scale situate vicino alla palestra per evitare cadute accidentali
- Sistemata la pavimentazione di linoleum prima della palestra che presentava dei rigonfiamenti
- Installata una tenda che permetta maggior rispetto della privacy del paziente in ambulatorio RM della sede centrale

- Per evitare utilizzi da persone non autorizzata della casetta di proprietà accanto al CDV è stata recintata la zona, richiesto il servizio di sorveglianza alla Ronda, predisposto il comando per la bascula, disattivato l'ascensore e richiesta sanificazione delle scale e dell'ascensore alla ditta Perla. in seguito alla sanificazione dell'area si procederà anche a ripristinare l'uso dell'ascensore-
- Richiesta sanificazione dello scantinato per poter accedere in sicurezza al quadro per regolare i crepuscolari delle luci del parcheggio.

### 3.8 FORMAZIONE SU RISCHIO CLINICO ENTRO IL 1° ANNO DI SERVIZIO

Nel corso del 2023 sono state inserite 32 nuove figure che sono state inviate a seguire il corso FAD *INTRODUZIONE AL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE*. Di queste:

- 6 hanno interrotto il rapporto di collaborazione primo dello scadere del primo anno,
- 12 lo hanno completato,
- 2 non lo hanno completato entro l'anno dalla presa servizio,
- 12 non lo hanno ancora espletato ma hanno a disposizione altro tempo prima dello scadere dell'anno.

### 3.9 UTILIZZO EMOGASANALIZZATORE IN SALA OPERATORIA

In seguito ad alcuni risultati dubbi ottenuti con l'utilizzo del POCT Emogas EPOC in sala operatoria è stato richiesto il software apposito per i controlli necessari preliminari all'analisi, oltre che dell'emogasanalisi, anche di ematocrito ed emoglobina ed ottenere risultati attendibili (vedi RC 11/2023).

### 3.10 ANTIBIOTICO PROFILASSI PERIOPERATORIA

In seguito ad errore nella somministrazione di antibiotico sono state individuate delle azioni di miglioramento (vedi RC 02/2023):

- Coinvolgimento degli ortopedici interessati perché non utilizzino gli acronimi nelle diciture di diagnosi e procedure per non creare dubbi o fraintendimenti
- Rispetto la tempistica di somministrazione degli antibiotici pre-operatori rispetto all'inizio intervento
- Revisione del cartellino di anestesia perché le note rilevanti siano evidenti anche all'anestesista e ai nurse di presala e sala operatoria
- Prevedere la consegna ai medici di nuovo inserimento, delle procedure PR 18\_05 DIAGNOSI GESTIONE INFEZIONI PERIPROTESICHE E MEZZI SINTESI e IO 12\_01\_07 ANTIBIOTICO PROFILASSI PERIOPERATORIA
- Sensibilizzare il personale alla consultazione e conoscenza delle procedure di utilizzo in Clinica
- Revisione del documento interno contenenti le indicazioni alla gestione dell'antibiotico profilassi perioperatoria

### 3.11 GESTIONE PRESTAZIONE DI INIEZIONE INTRAVITREALE

Per gestire al meglio tale prestazione ambulatoriale si sono implementate azioni che hanno riguardato il turnover del personale, l'introduzione della Check-list di sicurezza in sala operatoria e la tracciabilità dei presidi utilizzati attraverso applicazione degli adesivi sul verbale operatorio (vedi RC 01/2023).

### 3.12 ACCORPAMENTO RUOLO DI RESP. QUALITÀ E ACCREDITAMENTO CON RUOLO DI RIK MANAGER

La Direzione di Clinica San Francesco, sul finire del 2023, ha disposto l'accorpamento della figura di Risk Manager e di Responsabile Qualità con efficacia a partire dal 01/01/2024. La stretta relazione tra le due dimensioni deriva dal fatto che la sicurezza delle cure è correlata alla qualità e ne rappresenta la dimensione più critica. La prevenzione e la gestione del rischio ne sono gli strumenti principali. La prevenzione anticipa il rischio introducendo delle procedure e pratiche cliniche controllate, la gestione del rischio è, invece, l'individuazione delle condizioni di pericolo, la sua valutazione in termini probabilistici di causare un danno e il suo controllo o contenimento.