



STRUTTURA RESIDENZIALE RIABILITATIVA PSICHIATRICA  
IL "QUADRIFOGLIO"

## Sommario

1. Introduzione
  2. Eventi avversi
  3. Audit clinico
  4. Valutazione indici IPR
  5. Piano annuale di Risk Management
  6. Azioni di miglioramento
  7. Gestione dei sinistri
  8. Conclusioni
- 

### 1. Introduzione

La Quadrifoglio srl ha certificato il proprio SGQ secondo la nuova Norma ISO 9001:2015 avviando un processo di analisi interna per affrontare rischi ed opportunità associati al suo contesto ed ai suoi obiettivi, al fine di accrescere la soddisfazione del cliente. Quindi ha definito il contesto in cui opera ed ha analizzato i diversi fattori che lo caratterizzano definendo il campo di applicazione in cui intende operare. Per ognuno dei fattori del contesto ha valutato rischi ed opportunità individuando i fattori rilevanti ed il focus strategico da perseguire per il miglioramento dell'attività svolta. Da questa approfondita analisi, ha individuato nella gestione del Rischio Clinico non solo una opportunità di miglioramento del trattamento effettuato agli ospiti presenti in struttura, ma anche un'azione efficace nella rilevazione dei rischi. Ha implementato, quindi, processi atti alla prevenzione degli errori che possono accadere durante l'espletazione del servizio e ha realizzato azioni di miglioramento per mitigare le possibilità di accadimento di eventi avversi.

**La nostra Struttura ospita pazienti inviati, tramite i CSM, dall'Autorità Giudiziaria. Da qui l'esigenza di migliorare i processi dei servizi integrando l'efficienza nell'erogazione alla prevenzione e sicurezza dei pazienti ed operatori.**

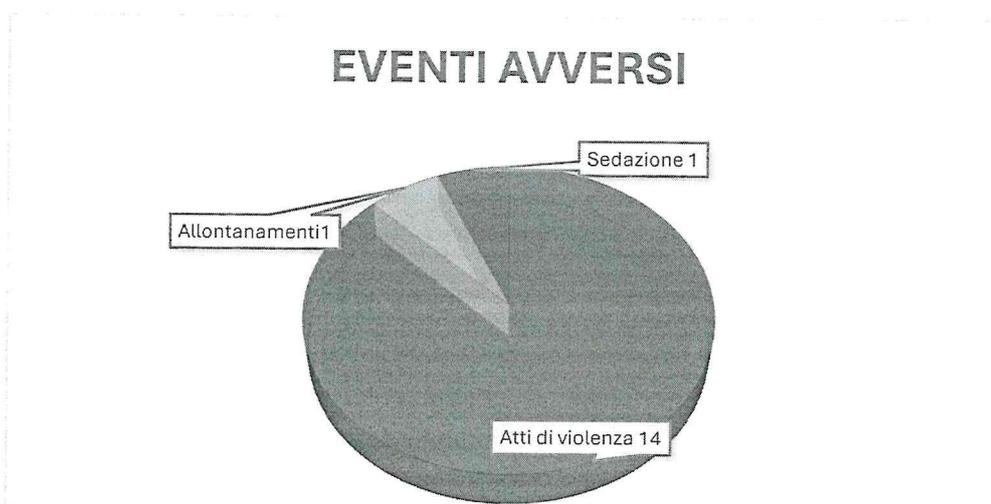
La nostra attività riabilitativa si è, quindi, arricchita di nuovi laboratori afferenti a **tre aree: la medica, la psicoterapica e quella educativa** per migliorare i deficit di abilità sociali e ridurre il rischio di recidiva dei reati.

La presente relazione intende rappresentare, come previsto dall'art. 2 comma 5 della Legge 8 Marzo 2017 N° 24, gli eventi sentinella dell'anno 2024 e al contempo le azioni di miglioramento messe in atto nel corso dell'anno 2024 e da implementare nel 2025.

## 2. Eventi avversi

Il Ministero della Salute definisce un evento sentinella come un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”.

Nel corso del 2024 si sono verificati 16 (sedici) eventi avversi così distribuiti



### 3. Audit Clinico

L'audit clinico è uno degli strumenti del governo clinico, ed è strumento di verifica della appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinica. E' una iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome della assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario. L'Audit clinico è definito come lo strumento che permette di verificare le capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti.

Da un punto di vista metodologico l'audit clinico consiste in un ciclo della qualità: definiti criteri e standard concordati e misurabili, viene valutata la pratica clinica in termini soprattutto di processo o esito e vengono elaborate proposte di miglioramento. Lo standard di riferimento deve essere condiviso, esplicito, e i casi vengono selezionati random L'analisi, di solito retrospettiva, viene effettuata sulla base di dati amministrativi e mediante l'esame delle cartelle cliniche.

Lo scopo dell'Audit Clinico è il miglioramento delle cure erogate al paziente e consiste quindi nella:

- ✓ definizione di congruità di una prestazione/percorso assistenziale rispetto a standard prefissati e professionalmente connotati;
- ✓ valutazione di congruità di un risultato clinico rispetto ad uno standard;
- ✓ valutazione dell'appropriatezza di un intervento/percorso rispetto ad un bisogno.

Indicatori di processo utilizzati.

Monitoraggio terapie farmacologiche:

- Funzionalità epatica e renale, glicemia, elettroforesi proteica almeno 1 volta anno.
- Funzionalità tiroidea prima della prescrizione del litio e almeno 1 volta anno in trattamento con litio.
- Dosaggi acido valproico, carbamazepina 1 volta ogni 3 mesi.
- Emocromo 1 volta a settimana per 18 settimane inizio assunzione Clozapina e poi una volta al mese.
- Litiemia 1 volta al mese

Monitoraggio Qt e Qtc:

ECG di controllo all'ingresso ed ogni sei mesi.

Monitoraggio eventi avversi accorsi:

1. Atti di violenza verbale, vs persone, vs struttura
2. Eccessiva sedazione

3. Cadute
4. Autolesionismo
5. Decessi
6. Allontanamento
7. Convulsioni
8. Suicidio
9. Riammissione entro sette giorni
10. Sub occlusione intestinale
11. Sindrome maligna da neurolettici
12. Alterazione della crasi ematica
13. Reazione allergica ed eventi avversi da farmaci

Monitoraggio acquisizione consensi

Monitoraggio regolamento UVM

Monitoraggio somministrazione test

L'indice di performance rilevato nel 2024 è 99%\*

\*Il calcolo viene effettuato sottraendo lo 0,1% al valore massimo (100%) per gli indicatori non rispettati. Il valore ottenuto viene considerato come indice di performance.

#### **4. Valutazione Indici IPR**

La Direzione della Quadrifoglio, quindi, ha individuato il Comitato Interdisciplinare per la gestione del Rischio Clinico (medico, psicologi, coordinatore infermieristico, educatori, assistenti sociali, infermieri) che ha adottato la tecnica FMEA (Failure Mode Effects Analysis) per l'identificazione delle priorità e per "una valutazione prospettica che identifica e migliora gli step di processo in modo tale da assicurare un outcome ragionevolmente sicuro e clinicamente desiderabile" (fonte: Veteran Affairs and National Center for Patient Safety <http://www.patientsafety.gov/>). Sono stati individuati gli eventi avversi che in una Struttura di Riabilitazione Psichiatrica possono verificarsi (fonte: UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale "S. Pertini", ASL RM/B, Roma) e ad ognuno di essi è stato attribuito un valore numerico relativo alla gravità, probabilità di accadimento e rilevabilità. Il prodotto dei tre valori ha definito l'Indice di Priorità di Rischio (IPR). Il valore del rischio minimo è dato dal prodotto  $1 \times 1 \times 1$  e quello massimo è dato

dal risultato 10x10x10.

I processi operativi si sono pianificati tenendo in considerazione i valori IPR attraverso i quali si sono individuate le priorità d'intervento. Ci siamo dati come valore uno standard di riferimento (IPR=100). Per ogni evento avverso il cui valore ha superato il valore dello standard si sono adottate azioni correttive.

Abbiamo, infine, calcolato l'indice di miglioramento (IM) dedotto dal rapporto tra i valori degli IPR iniziali e quelli ottenuti nel 2024.

Un  $IM > 1$  indica l'efficacia delle azioni di miglioramento messe in atto.

### Indici di miglioramento

Evento avverso	Rilevazione 2017	Rilevazione 2024	IM
Atti di violenza	480	210	2,2
Eccessiva sedazione	270	180	1,5
Cadute	420	160	2,6
Autolesionismo	216	108	2
Decessi	140	100	1,4
Allontanamento	84	75	1,2
Convulsioni	108	64	1,6
Suicidio	160	40	4
Riammissione entro sette giorni	96	40	2,4
Sub occlusione intestinale	40	40	1
Sindrome maligna da neurolettici	40	40	1
Alterazione crasi ematica	40	40	1
Reazione allergica farmaci	40	40	1

## 5. Piano annuale di Risk Management

La Direzione ha predisposto per 2025 attività mirate alla mitigazione dei rischi e al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ Assertività;
- ✓ Controllo dei comportamenti inadeguati;
- ✓ mitigamento di rabbia, collera, ostilità;
- ✓ miglioramento delle competenze sociali;
- ✓ riduzione della vulnerabilità emotiva;
- ✓ miglioramento nella gestione dei conflitti relazionali;
- ✓ implementazione delle capacità cognitive;
- ✓ miglioramento dello stile comunicativo;

- ✓ miglioramento del rispetto dei ruoli e della prossemica;
- ✓ miglioramento delle strategie di coping;
- ✓ miglioramento della gestione delle emozioni.

Nello specifico sono state predisposte le seguenti attività:

- ✓ Psicoterapia Individuale;
- ✓ Psicoeducazione;
- ✓ Training specifico per la prevenzione delle recidive dei reati;
- ✓ Training specifico per la prevenzione della recidiva nelle tossicodipendenze;
- ✓ Training metacognitivo;
- ✓ Training new addiction;
- ✓ Psicoeducazione familiare;
- ✓ Sportello psico-sociale per le famiglie;
- ✓ Laboratori attività cognitive;
- ✓ Attività culturali;
- ✓ Training per la gestione della rabbia e addestramento all'assertività;
- ✓ Montagna-terapia;
- ✓ Laboratori di cucina: Antropologia, Antiche tradizioni, Sala, Mansioni • Laboratorio di Apicoltura: Etica e Sostenibilità
- ✓ Formazione professionale tramite il progetto GOL della Regione Abruzzo afferente ai fondi del PNRR per l'acquisizione dell'attestato da pizzaiolo;
- ✓ Laboratorio di Fonderia: Produzione e Fusione
- ✓ Laboratorio di Falegnameria e Restauro
- ✓ Laboratori di Riciclo e Trasformazione.

Corre l'obbligo di segnalare che nel proprio sistema di qualità la Struttura Quadrifoglio, già da diversi anni, ha realizzato procedure volte alla riduzione dei rischi che di seguito elenchiamo:

- ✓ Procedura Audit Clinico;
- ✓ Procedura Rischio Clinico e Buone Pratiche:
  1. Istruzione operativa Lavaggio Mani;
  2. Gestione Infermieristica;
  3. Gestione farmaci;
  4. Gestione carrello d'emergenza;
  5. Gestione emergenza/urgenza;

6. Gestione Cartella Clinica;
  7. Prevenzione suicidio;
  8. Prevenzione e gestione della caduta;
- ✓ Procedura percorso riabilitativo;
  - ✓ Procedura attività riabilitative;

Si è proceduto alla formazione del personale organizzando corsi afferenti al tema.

Le procedure sono tenute sotto costante monitoraggio e vengono periodicamente revisionate in base agli aggiornamenti delle Linee Guida.

## 6. Azioni di miglioramento

Le azioni di miglioramento sono attuate con l'obiettivo del miglioramento continuo delle prestazioni al fine di migliorare sia i livelli di salute dei pazienti che il soddisfacimento dei loro bisogni in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivise.

Attraverso l'analisi del Rischio Clinico la Direzione intende dimostrare nel concreto a tutti i portatori di interesse il livello di efficacia raggiunto e, attraverso le azioni correttive identificate le prospettive di miglioramento delle attuali performance.

La Direzione continuerà ad implementare le attività già in atto per la prevenzione e gestione del Rischio Clinico per l'anno 2025 nel pieno rispetto della "Raccomandazione n. 8" del Ministero della Salute e della L. 81/08.

Per quanto concerne la formazione continua del personale, imprescindibile per l'attuazione di azioni di miglioramento, per l'anno 2025 sono stati pianificati, oltre al corso afferente alla gestione del paziente con agiti aggressivi con un addestramento specifico nell'ambito di prevenzione, dissuasione e de-escalation dell'aggressività, altri corsi.

- Supportare la definizione dell'organizzazione dei servizi e delle strutture;
- Sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Gestire le informazioni nel rispetto della privacy;
- Pianificare la progettazione

Verranno inoltre effettuati corsi di formazione sulle revisioni delle procedure aziendali.

## 7. Gestione dei sinistri

La legge Gelli-Bianco prevede da parte delle strutture sanitarie la pubblicazione annuale dei dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, nell'ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario. A tal proposito la Struttura Quadrifoglio non ha erogato nessun tipo di risarcimento nel quinquennio 2019-2024.



## 8. Conclusioni

Questa breve relazione vuole essere una rappresentazione di quelle attività messe in atto al fine di erogare delle cure in sicurezza. Dall'analisi dei dati si evince una buona gestione del Rischio Clinico. Tutti gli eventi sentinella, anche se non hanno prodotto danni, sono stati affrontati come opportunità di apprendimento.

La politica vincente è quella della formazione continua del personale, che genera nuove conoscenze e quindi innovazione.

La Direzione si impegna a sviluppare la cultura della sicurezza coinvolgendo attivamente i pazienti, i loro familiari, i caregiver, i tutori e/o AdS e tutti i professionisti della salute e vuole mantenere un costante impegno in tal senso.

Tutti insieme concorriamo ad elevare il livello di sicurezza dei pazienti ed al miglioramento del sistema, obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso una collaborazione sinergica tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.

Rosello 12/03/2025

RSGQ

**Dott.ssa Lidia Donsante**  
Lidia Donsante

**QUADRIFOGLIO S.R.L.**  
SOC UNIPERSONALE  
Via della Pineta 65040 ROSELLO (CH)  
P IVA 0124892 069 4  
DIREZIONE

Rita Staniscia