

PIANO ANNUALE PER LA SICUREZZA DELLA CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Anno 2024

Rev.	Data	Natura della Revisione	Pagine
00	31/05/2024	Emissione	32
	Dr. Remo Appignanesi UOC Governo clinico e gestione del rischio		
	Dott.ssa Maria Luisa Simonetti UOC Governo clinico e gestione del rischio		

Nota: include la relazione a consuntivo Art. 2 L. 24

Sommario:

INTRODUZIONE.....	3
CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E CONTENZIOSO	8
Segnalazioni interne:	9
Cadute accidentali:	10
Dispositivo vigilanza:	13
Farmacovigilanza:	13
Emovigilanza:	13
Richieste risarcitorie	14
Descrizione della posizione assicurativa.....	14
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	15
OBIETTIVI	16
ATTIVITÀ.....	17
Diffusione della cultura della sicurezza delle cure	17
Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.....	18
Centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici	21
Implementazione della check list in sala operatoria	22
Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	23
Sperimentazione del Global trigger tool	23
Gestione del rischio infettivo.....	25
Percorso di autorizzazione delle strutture aziendali: telemedicina e cure domiciliari.....	25
Procedure / protocolli aziendali	28
Formazione	29
MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	32
RIFERIMENTI NORMATIVI	32

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno è stata istituita con la Legge regionale 19/2022 ed è operativa dall'1/1/2023, la presente relazione è quindi condizionata dalla fase di transizione con il precedente assetto basato sull'Azienda sanitaria unica regionale articolata in Aree vaste.

La Regione Marche, nelle more della revisione dell'assetto regionale in materia di gestione del rischio, ha fornito con nota dell'ARS prot. 0103397|11/12/2023|AST-AP|S.A.G.C.| le prime indicazioni alle Aziende sui contenuti del Piano Annuale di Risk Management; contestualmente l'Azienda sta procedendo alla definizione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza nell'ambito del Comitato aziendale, che non sono state modificate per la definizione del documento 2024, pertanto nelle more della definizione delle linee guida regionali in materia si procederà alla definizione del documento sulla base delle indicazioni esistenti.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (AST Ascoli Piceno) si estende su un territorio di 1.228,2 Km² (13,1% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione residente al 01/01/2024 è pari a 200.988 distribuita in 33 Comuni e in 2 Distretti, con una densità di 163.64 abitanti per Km².

La popolazione per Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli e classe di età è riportata nella tabella seguente:

AST ASCOLI PICENO	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2024	Neonati	1-4 anni	5-14	15-44	15-44	45-64anni	65-74anni	=>75anni
San Benedetto del Tronto	100.829	611	2.639	8.290	16.376	15.507	31.323	12.273	13.810
Ascoli Piceno	100.159	593	2.386	7.764	16.129	14.529	30.665	13.262	14.831
TOTALE	200.988	1.204	5.025	16.054	32.505	30.036	61.988	25.535	28.641

Nella provincia di Ascoli Piceno la speranza di vita alla nascita è di 83,1 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne, valori sostanzialmente allineati al dato regionale, che è di 83,2 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne e più alti rispetto al dato medio nazionale che è di 82,6 per gli uomini e di 84,8 per le donne (dati Istat 2023). L'indice di vecchiaia determinato come rapporto tra il numero di ultrasessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 243%, al di sopra di 17 punti percentuali rispetto al dato regionale che è di 226% e al di sopra di 43 punti percentuali rispetto al dato nazionale, che si attesta a 200%. Al 01/01/2024 gli ultrasessantacinquenni dell'AST Ascoli Piceno sono 54.176 e rappresentano il 27% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale che è al 26,2% e superiore al dato italiano che si attesta al 24,32%.

Si riepilogano i dati aggregati nella tabella 1.

Tabella 1 – Dati di attività aggregati.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ASCOLI PICENO			
DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	1.228,2 in Km ²	Popolazione residente	200.988
Distretti Sanitari	2	Presidi Ospedalieri Pubblici	2
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	AP: 7 SBT: 8
Endoscopia digestiva	2	Endoscopia respiratoria	1
Radiologia interventistica	1	Sala pacemaker	2
Terapie Intensive	2	UTIC / Semintensiva cardiologica	2
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Accessi PS (fonte dati EMUR)	AP: 30.234 SBT: 34.641	Branche specialistiche	18

POSTI LETTO ATTIVI, FORMALIZZATI NEL FLUSSO HSP 22 : ANNO 2023		ASCOLI			SAN BENEDETTO		
Codice disciplina	Descrizione Disciplina	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE	Day hospital	Degenza ordinaria	TOTALE
02	Day Hospital	4	0	4	1	0	1
08	Cardiologia	4	19	23	1	17	18
09	Chirurgia generale	0	12	12	0	20	20
18	Ematologia	0	13	13			
26	Medicina generale	0	50	50	0	32	32
29	Nefrologia	0	10	10			
31	Nido	0	2	2	0	2	2
34	Oculistica	0	2	2			
36	Ortopedia e traumatologia	0	22	22	0	18	18
37	Ostetricia e ginecologia	1	16	17	2	18	20
38	Otorinolaringoiatra	0	2	2	0	2	2
39	Pediatria	2	12	14	1	10	11
40	Psichiatria	1	0	1	0	16	16
43	Urologia	0	12	12	0	0	0
49	Terapia intensiva	0	8	8	0	8	8
50	Unità coronarica	0	7	7			
51	Medicina d'Urgenza	0	6	6	0	6	6
62	Neonatologia	0	5	5			
64	Oncologia	8	0	8	13	0	13
68	Pneumologia	0	20	20			
98	Day Surgery	5	0	5	5	0	5
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione				6	0	6
21	Geriatra				0	20	20
56	Recupero e riabilitazione funzionale				0	1	1
60	Lungodegenti				0	9	9
32	Neurologia				1	19	20
TOTALE PL		25	218	243	30	198	228

INDICATORI DI UTILIZZO ORDINARI AST ASCOLI PICENO	2023	2022	2021	2020
Totale Ordinari	17.277	16.392	14.709	13.928
Giornate Degenza	136.586	128.799	113.891	112.701
Degenza Media	7,9	7,9	7,7	8,1
Valore DRG	63.443.113	60.376.350	56.109.137	53.837.756
INDICATORI DI UTILIZZO DH AST ASCOLI PICENO	2023	2022	2021	2020
Dimissioni	4.526	4.192	3.847	3.674
Numero Accessi	28.771	27.385	23.891	20.427

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA			
	Esterni	Interni	LP
Angiografia diagnostica	-	166	-
Biopsie eco-guidate	700	63	27
Biopsie TC-guidate	9	40	-
Interventistica extra vascolare	332	472	-
Interventistica vascolare	-	250	-

LABORATORIO EMODINAMICA	
N° totale di angioplastiche coronariche	501
N° di pazienti trattati con PCI	412
N° di procedure eseguite con accesso radiale	491
N° di PCI primarie in STEMI	143
PCI in SCA-NSTEMI	118
Numero stent (BMS + DES + BRS)	469

AREA MATERNO INFANTILE		
	SO AP	SO SBT
numero dei parti per anno	563	663
numero dei parti multipli	7	4
neonati in buona salute	444	492
bambini nati morti	2	2
neonati partoriti prima della 28° settimana di gestazione	0	0
neonati partoriti prima della 33° settimana di gestazione	172	195
neonati di peso inferiore ai 1501 gr	0	0

Fonte dati: CEDAP

OFFERTA TERRITORIALE			
Distretto	Denominazione strutture	Tipologia assistenziale	P.L. RSA
SBT	RSA Montefiore	R2	20
SBT	RSA - Ripatransone	R2	32
AP	Acquasanta	R2	20
AP	RSA ex Luciani - Ascoli Piceno	R2	40
AP	Offida	R2	20
		R2 Totale	132
AP	RSA Acquasanta	R3	20
AP	RSA ex Luciani - Ascoli Piceno	R3	20
AP	Offida	R3	10
		R3 Totale	50

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E CONTENZIOSO

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "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 sul sito internet della struttura sanitaria".

Si riepiloga la situazione aziendale del 2023 nella tabella 2.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	5	-	Strutturali (1 %) Tecnologici (2 %) Organizzativi (4 %) Procedure/ Comunicazione (93 %)	Strutturali (1 %) Tecnologiche (2 %) Organizzative (4 %) Procedure/ Comunicazione (93%)	7 - 4 % - Sistemi di reporting
Eventi Avversi	Cadute: 96 Segnalazioni: 7 Altro: 61 Totale: 164	59 %			96 - 59 % - Sistema segn cadute
Eventi Sentinella	5	20 %			2 - 1 % - Emovigilanza 56 - 34 % - Farmacovigilanza 3 - 2% - Dispositivovigilanza

Segnalazioni interne:

Nella Tabella 3 sono riepilogate le segnalazioni pervenute e le azioni poste in essere.

Tabella 3 – Eventi oggetto di segnalazione interna

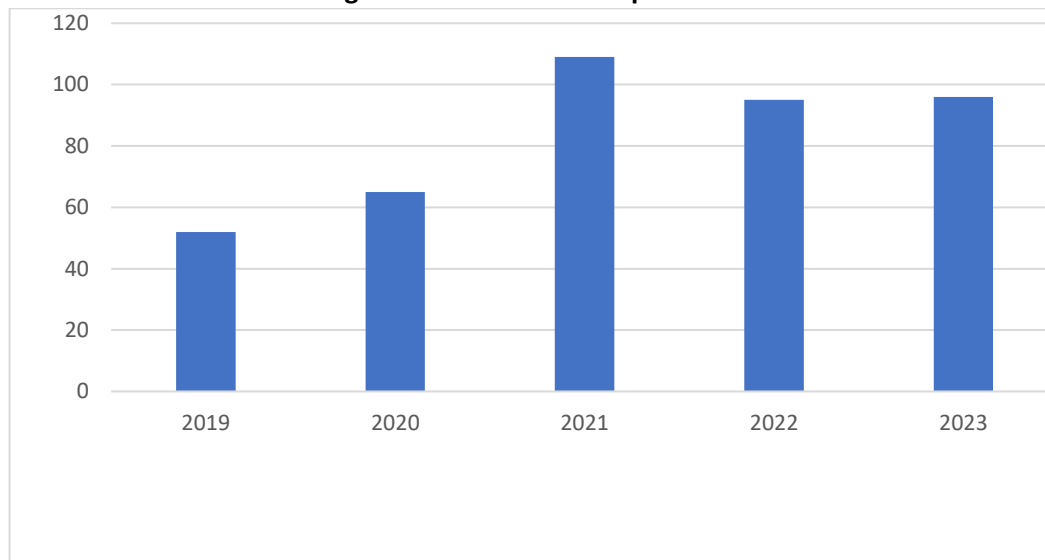
Evento segnalato	Tipologia	SIMES	Indagine	Soggetti coinvolti	Azione correttiva
Aggressione ad operatori					
<i>ambulatori psichiatria</i>	EA		SEA	SPP	revisione assetto locali
<i>spdc</i>	EA	X	SEA	SPP	passaggi del vigilante
<i>carcere</i>	EA	X		SPP	confronto con direzione carcere e regole operative
Caduta accidentale con esito grave	EA	X	SEA		Confronto con associazione malati Avvio aggiornamento procedura aziendale Predisposizione FAD
Cluster di MDR: 2 eventi	EA	X	SEA	DMO	Sopralluoghi nelle UUOO Revisione procedure Formazione del personale
Danno iatrogeno nel corso di intervento chirurgico	EA	X	SEA		Revisione percorso diagnostico
Differimento intervento per mancanza dispositivo medico	EA		SEA		revisione gestione magazzino
<i>Distribuzione di biscotti alterati</i>	QA				verifica operatività sistema HACCP sollecito formazione HACCP personale
<i>Errore di somministrazione in pompa</i>	QA		SEA	Ing. clinica	revisione interna modalità prescrittive procedura accettazione nuovi ricoveri programmazione limiti velocità somm. nelle pompe
<i>Malfunzionamento sistema etichettatura centrale di sterilizzazione</i>	QA				verifica sui container gestiti formazione personale
<i>Ricovero paziente in struttura non idonea</i>	QA		SEA		revisione percorso paziente gastroenterologico
<i>Tentato suicidio</i>	QA		SEA		Programmazione interventi strutturali

EA: Evento avverso / QA: Quasi eventi

Cadute accidentali:

Il sistema di monitoraggio attivo, 2018 - 2023/06, nella nostra AST dell'evento caduta, consente una valutazione dell'andamento del fenomeno (Figura 1).

Figura 1. Numero cadute per anno.



Il riscontro prevalente è che il 96% di questi eventi riguarda pazienti ricoverati (Tabella 4), la Tabella 5 riporta la distribuzione delle cadute per dipartimento.

Tabella 4 -. Distribuzione delle cadute per tipologia di struttura e anno.

Tipologia di struttura	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
Ospedale	51	63	101	88	91	394	94,5%
RSA	1	2	7	7	3	20	4,8%
Non specificato			1		2	3	0,7%
Totale	52	65	109	95	96	417	

Tabella 5. Eventi cadute negli stabilimenti ospedalieri per Dipartimento.

	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
Dipartimento Medico	31	41	72	63	63	270	64,7%
Dipartimento Chirurgico	11	11	8	10	17	57	13,7%
Dipartimento Emergenza Urgenza	3	6	11	9	9	38	9,1%
Non Specificato	2	4	9	9	4	27	6,5%
Dipartimento Materno Infantile	2	1	4	5	1	13	3,1%
Dipartimento di Salute Mentale	3	2	4		2	11	2,6%
Totale	52	65	109	95	96	417	

Il 70% delle cadute si verificano nella stanza di degenza; circa il 26% in bagno, mentre sono poco frequenti o assenti quelle in altri luoghi (scale, ambulatorio) Tabella 6. Quasi il 43% delle cadute si verifica di sera, il 27,8% la mattina e quasi il 28,3% nel pomeriggio (Tabella 7).

Le cause individuali intrinseche (disorientamento, vertigini, malessere/svenimento) spiegano più della metà dei casi di cadute; tra le cause individuali estrinseche si rilevano l'uso di ciabatte aperte e il camminare scalzi o con solo le calze. Pur con i limiti legati al fatto che l'indagine è basata sulle segnalazioni volontarie, e quindi i dati devono essere considerati una sottostima del fenomeno, possono comunque rappresentare un elemento sul quale programmare delle azioni di miglioramento.

Tabella 6. Cadute per sede.

	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
Camera	33	45	74	65	63	280	67,1%
Bagno	15	12	24	24	23	98	23,5%
Corridoio	1	4	3	1	5	14	3,4%
Spazi comuni interni alla struttura			5	1	1	7	1,7%
Ambulatorio				1	1	2	0,5%
Sala d'attesa							-
Sala operatoria							-
Altro	3	4	3	4	3	16	3,8%
	52	65	109	96	96	417	

Tabella 7. Cadute per fascia oraria

	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
Mattino	13	15	38	23	27	116	27,8%
Pomeriggio	19	20	24	26	29	118	28,3%
Notte	20	30	44	46	40	180	43,2%
Non specificato			3			3	0,7%
Totale	52	65	109	95	96	417	

In merito alle cause delle cadute registrate nel sistema si rileva che nella gran parte dei casi (79.9%) non ci sono fattori ambientali, sebbene il pavimento bagnato sia riportato come causa nel 21.4% dei casi (Tabelle 8); mentre per le cause intrinseche al paziente in un terzo dei casi non sono individuabili fattori specifici, mentre viene riferiti una mancanza di forza e perdita di equilibrio in quasi il 38% dei casi (Tabella 9).

Tabella 8. Cadute per cause ambientali.

	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
Nessuna	46	51	91	74	71	333	79,9%
pavimento bagnato	1	2	2	1	4	10	2,4%
pavimento sconnesso				1	1	2	0,5%
spazio limitato			2	4	1	7	1,7%
luce scarsa		3	5	3		11	2,6%
letto non regolabile/regolato in altezza	1		1		1	3	0,7%
letto/carrozzina non frenata							0,0%
sponde alzate	2	3	1	8	9	23	5,5%
Altro	2	6	7	5	9	28	6,7%
	52	65	109	95	96	417	

Tabella 9. Cadute per causa intrinseca.

	2019	2020	2021	2022	2023	Totale	%
non rilevabile	18	19	38	28	31	134	32,1%
deficit di forza/cedimento	6	12	20	26	25	89	21,3%
perdita di equilibrio	8	13	16	15	15	67	16,1%
malessere/svenimento	6	2	4	5	3	20	4,8%
vertigine/capogiro	1	1	5	1	2	10	2,4%
Altro	13	18	26	21	20	97	23,3%
	52	65	109	95	96	417	

Dispositivo vigilanza:

Nel 2023 sono stati validati n. 3 incidenti su dispositivo – vigilanza:

- a seguito di richiesta del Ministero della Salute sulla mancata segnalazione di un incidente riportato dal fabbricante. L'evento era stato erroneamente imputato all'AST Ancona; in realtà è avvenuto ad Ascoli Piceno riguardante protesi.
- incidente avvenuto presso la UFA: durante l'utilizzo di una siringa, il cilindro della siringa stessa si è lesionato profondamente facendo fuoriuscire il liquido contenuto all'esterno.
- incidente avvenuto in Blocco Operatorio per malfunzionamento della coperta riscaldante utilizzata su di una paziente ha causato ustione.

Farmacovigilanza:

Nel 2023 le segnalazioni pervenute sono state 21:

- 10 hanno riguardato pazienti di sesso femminile, 11 invece hanno riguardato pazienti di sesso maschile.
- 5 erano classificate come gravi e 3 di queste erano causate da un NAO che aveva causato emorragia cerebrale con accesso al Pronto soccorso e trasferimento ad altro reparto.

Le segnalazioni provengono dalle seguenti figure professionali:

- n.14 segnalazioni da Medici Ospedalieri
- n.5 segnalazioni da farmacisti
- n.1 segnalazioni da un operatore sanitario
- n.1 segnalazione da un paziente

Rispetto alle altre segnalazioni pervenute, si rileva che è presente solo una segnalazione su un vaccino Covid. Riguardo alle segnalazioni pervenute, in generale si segnala un grande difficoltà ad acquisire i follow up da parte dei segnalatori come pure ad acquisire integrazioni o ulteriori informazioni rispetto a quanto riportato sulle schede per cui spesso il Centro Regionale di farmacovigilanza non riesce ad effettuare il nesso di causalità.

Emovigilanza:

Il dato registrato nel 2023 è di 2 Reazione febbrile non emolitica, con una drastica riduzione dal 2022, quando si erano rilevati 17 segnalazioni: la riduzione del numero di reazioni trasfusionali relativa all'anno 2023 è legata, verosimilmente, alla correzione e ottimizzazione della procedura di lavorazione del sangue intero presso il Polo unico di lavorazione soprattutto per quanto attiene la tempistica di lavorazione e la centrifugazione delle sacche.

Richieste risarcitorie

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”. L'Azienda è stata istituita dall'1/1/2023 e pertanto potranno essere riportati i soli dati relativi all'anno 2023 (Tabella 10).

Tabella 10 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2023	13	0	0
Totale	13	0	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

Descrizione della posizione assicurativa

Per quanto concerne la parte assicurativa riguardo la copertura di responsabilità civile verso terzi, la AST di Ascoli Piceno sta procedendo alla gestione nella modalità della auto-assicurazione (ossia accantonamento al fondo rischi sulla base delle richieste risarcitorie che pervengono).

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo, che afferisce alla Direzione medica di presidio per le strutture ospedaliere e alla Direzione del Distretto per le strutture territoriali;
- Direttore UO Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica: adotta il Piano, mette a disposizione le risorse e indica le direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore generale	Direttore sanitario	Direttore amministrativo	Risk manager	Direttore UO AAGG	Struttura di supporto
Redazione Piano sicurezza delle cure	C	C	C	R	C	-
Incident reporting	I	C	C	R	C	-
Risarcimenti	I	C	C	C	R	-
Adozione Piano	R	C	C	I	I	-
Monitoraggio Piano sicurezza delle cure	I	C	C	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVI

In questo capitolo verranno declinati gli obiettivi e le relative attività ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, per i quali si rimanda al Piano annuale CICA, in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

Gli obiettivi strategici definiti sulla base delle indicazioni del livello regionale sono:

- a. Diffusione della cultura della sicurezza delle cure
- b. Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali
- c. Centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici
- d. Implementazione della check list in sala operatoria
- e. Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)
- f. Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
- g. Gestione del rischio infettivo

ATTIVITÀ**Diffusione della cultura della sicurezza delle cure**

L'Azienda intende promuovere la cultura della sicurezza delle cure tramite la valorizzazione di questa dimensione nell'ambito della revisione di ogni processo interno e anche attraverso il coinvolgimento del Comitato di partecipazione dei cittadini. Inoltre, nell'ambito delle iniziative regionali, in occasione della Giornata della sicurezza delle cure saranno promosse specifiche iniziative. L'Azienda ha partecipato all'evento regionale del 2023 centrato sul coinvolgimento dei pazienti per la promozione della sicurezza delle cure ed avviato l'organizzazione di un evento in materia di sicurezza dei percorsi diagnostici, come da indicazione WHO, in particolare sul rapporto con la diagnostica di laboratorio analisi con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Nel corso del 2023 a seguito di un evento avverso che interessava un soggetto ipovedente, si è proceduto con il coinvolgimento del Comitato di Partecipazione dei cittadini aziendale alla definizione di un documento in materia con l'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti. In attuazione del documento si è avviata la predisposizione di una FAD in materia di accoglienza del paziente nelle strutture sanitarie che ha visto la partecipazione oltre all'UCI, dell'Ente Nazionale Sordi e dell'Associazione Anchise di Ascoli Piceno e Iris - Insieme a te di San Benedetto del Tronto, che si interessa di pazienti con demenza. Una sezione del corso sarà dedicata alla prevenzione delle cadute per la diffusione dell'aggiornamento della procedura aziendale in materia.

Uno strumento essenziale per la diffusione della cultura della sicurezza, oltre che per la verifica dell'operatività delle misure di prevenzione, è rappresentato dal safety walk round. Nel 2023 sono stati effettuati dei safety walk round presso le seguenti strutture:

- RSA Paggese, RSA e SRR Ex Luciani, RSA Offida, RSA Montefiore, RSA Ripatransone; Postazione guardia medica Grottammare;
- Farmacia ospedaliera AP e SBT; Blocco operatorio AP e SBT; Pneumologia; SPDC; Ambulatori psichiatria SBT; Ematologia; Ortopedia SBT e AP; Geriatria.

OBIETTIVO: Diffusione della cultura della sicurezza delle cure				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Safety walk round				
INDICATORE: n.ro di strutture visitate				
STANDARD: 20				
FONTE: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=137				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	PO Rischio clinico	Direttore / Coordinatore UO	PO dipartimentale

Programmazione sopralluoghi	R	C	I	I
Effettuazione sopralluoghi	R	R	C	C
Predisposizione verbale	C	R	I	I
Effettuazione verifica su misure correttive	R	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali

Il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure rappresenta uno degli elementi preliminari nello sviluppo del rischio clinico; si procederà quindi alla costante revisione dei documenti già esistenti con i quali sono state recepite le raccomandazioni ministeriali e in particolare si procederà alla predisposizione di corsi formativi in modalità FAD al fine di favorirne la conoscenza e l'attuazione da parte di tutti gli operatori (Tabella 11).

Tabella 11 – Stato del recepimento delle raccomandazioni ministeriali.

Raccomandazione	Situazione all'31/12/2023
Raccomandazione n. 1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Adozione: 1/6/2023
Raccomandazione n. 2 - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Adozione: 18/9/2023
Raccomandazione n. 3 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Adozione: 18/9/2023
Raccomandazione n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Individuato il gruppo di lavoro con mandato di predisposizione di FAD
Raccomandazione n. 5 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Procedura presente, da verificare applicazione
Raccomandazione n. 6 - Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Regolamento aziendale ASUR Determina 226/2017, 227/2017, 910/2022; attivato gruppo di lavoro su gestione emergenza ostetrica; necessario avviare gruppo di lavoro per procedura aziendale
Raccomandazione n. 7 - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Adozione: 1/11/2023
Raccomandazione n. 8 - Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Adozione: 2/10/2023 (in collaborazione con SPP)
Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Necessario avviare gruppo di lavoro per revisione procedura attuale
Raccomandazione n. 10 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Individuato il gruppo di lavoro con mandato di revisione.
Raccomandazione n. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Presenti disposizioni della DMO. Revisione nel 2024
Raccomandazione n. 12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Adozione: 1/11/2023
Raccomandazione n. 13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura presente. Avviata revisione da completare entro 2024 con annessa FAD.
Raccomandazione n. 14 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Necessario avviare gruppo di lavoro per revisione procedura attuale
Raccomandazione n. 15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Manuali operativi nella CO 118 e nei PS
Raccomandazione n. 16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Regolamento aziendale ASUR Determina 226/2017, 227/2017, 910/2022; attivato gruppo di lavoro su gestione emergenza ostetrica.
Raccomandazione n. 17 - Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Adozione: 1/11/2023
Raccomandazione n. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Adozione: 1/11/2023

Oltre al completamento dei percorsi avviati e la realizzazione di FAD correlate alle diverse procedure, per l'anno 2024 si individuano le seguenti aree prioritari di miglioramento:

- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, anche in relazione all'avvio della nuova cartella informatizzata regionale,
- Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
- Procedure in materia di sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

Presso l'Azienda è da tempo operativa una specifica procedura (ultima revisione risalente al 2020) che, a fronte di una sistematica rilevazione del rischio specifico di caduta sui pazienti entro breve tempo dall'ingresso in reparto mediante apposita scheda di valutazione, indica una serie di azioni di prevenzione da realizzare a cura del personale sanitario. La stessa procedura prevede inoltre che ogni caduta accidentale in corso di ricovero venga segnalata mediante scheda di *incident reporting*, sia a fini di monitoraggio del fenomeno con apposito data-base aziendale e conseguente reportistica, che ai fini di analisi di eventi 'caduta' di particolare gravità o rilevanza per l'individuazione di azioni correttive mirate.

Per proseguire con il programma di prevenzione delle cadute e contenere i danni conseguenti a caduta di paziente, sono state effettuate nel corso degli ultimi anni le seguenti azioni di miglioramento:

- revisione della procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita";
- distribuzione di brochure informative per il paziente (Brochure rischio cadute in ospedale) educazione terapeutica di pazienti e caregivers e di poster affissi in tutti i reparti per informare e coinvolgere i pazienti e di poster affissi in tutte le infermerie degli infermieri con le informazioni per la prevenzione delle cadute e gli step operativi da eseguire;
- revisione della documentazione infermieristica e della scheda per la valutazione del rischio cadute;
- al fine di identificare i fattori ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta dei pazienti ma anche dei visitatori e degli operatori va ribadita la necessità di una valutazione ordinaria e periodica dei rischi ambientali, mediante l'utilizzo della checklist ambientale per la valutazione e prevenzione del rischio cadute al fine di pianificare gli interventi necessari. L'analisi delle check list ambientali consentirà di effettuare una mappatura del rischio caduta a livello aziendale.

OBIETTIVO: Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO				
INDICATORE: analisi del processo con griglia validazione raccomandazione				
STANDARD: aderenza agli standard				
FONTE: Raccomandazione n. 5 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager PO rischio	Dirigente prof Area tecnica	Direttore SIT	PO dipartimentali
Mappatura operatività con griglia	C	C	C	R
Analisi non conformità	C	R	C	C
Piano di adeguamento	C	R	C	C
Verifica a campione	R	C	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali				
INDICATORE: Revisione della procedura adottata dall'Area vasta 5				
STANDARD: entro ottobre 2024				
FONTE: Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	PNO - IC	Direttore Professioni	Farmacia
Costituzione di GDL	R	I	I	I
Revisione della procedura	C	R	C	C
Adozione nuova procedure	R	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie				
INDICATORE: 1. Aggiornamento della procedura esistente 2. Distribuzione della brochure informativa ai pazienti 3. Verifica nella documentazione infermieristica della valutazione 4. Effettuazione della rilevazione annuale dei fattori ambientali da parte dei coordinatori				
STANDARD: 1. entro ottobre 2024 2. 100% dei pz a rischio caduta 3. verifica nell'ambito del campione usato per il GTT (global trigger tool) 100% 4. raccolta delle schede da parte del 80% dei coordinatori entro ottobre 2024				
FONTE: Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	PNO - IC	Direttore Professioni	Farmacia
Costituzione di GDL	R	I	I	I
Revisione della procedura	C	R	C	C
Adozione nuova procedure	R	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali

La centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali è operativa dal 2016 con piena operatività dal 2018. Sono state adottate le procedure definite dalla Raccomandazione 14. Si segnala la presenza di una criticità per la mancanza di una trasmissione informatizzata delle prescrizioni e si procederà alla verifica delle possibili soluzioni, considerando l'avvio della progettualità PNRR per la CCE regionale.

Strutture con Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interna (A)	Strutture con Unità Farmaci Antitumorali (UFA) esterna in Service Aziendale/interaziendale (B)	Strutture che allestiscono in Reparto (C)	Rapporto (A+B) / (A+B+C)
1	1	0	100%

OBIETTIVO: Centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Verifica sulla informatizzazione del processo di prescrizione – comunicazione UO - UFA
INDICATORE: Operatività del nuovo sistema informativo

STANDARD: settembre 2024				
FONTE: Raccomandazione n. 14 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Farmacia - UFA	UO Oncologia	UO Ematologia
Mappatura con griglia della raccomandazione	R	C	C	C
Analisi non conformità e impatto nuovo sistema informativo	C	R	R	R
Adozione procedura aziendale	R	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Implementazione della check list in sala operatoria

Si è proceduto all'adozione del regolamento del blocco operatorio (prot. 1843596 del 14/9/2023) che include la definizione delle diverse fasi previste nella check list e si rende quindi necessario definire un piano di controlli periodici sull'adozione dello stesso.

OBIETTIVO: Check list di sala operatorio				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Verifiche del rispetto del regolamento e adozione della check list				
INDICATORE: verifiche semestrali				
STANDARD: 2 verifiche per ciascuno BO				
FONTE: ✓ Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, ottobre 2009 ✓ Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, marzo 2008 ✓ Le procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliata e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti, marzo 2008				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	DMO	UO Anest	Coord BO.
Definizione piano sopralluoghi	C	R	C	C
Effettuazione sopralluoghi e verifica con griglia di valutazione	C	R	C	C
Adozione misure correttive	C	C	R	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)

Si rende necessario tramite la formazione e la ricostituzione della rete dei referenti promuovere la segnalazione degli eventi e si ritiene utile attivare il modulo rischio clinico nell'attuale CCE, in attesa dell'adozione della nuova cartella clinica regionale.

OBIETTIVO: Monitoraggio eventi sentinella				
ATTIVITÀ PER IL 2024 – Sensibilizzazione dei Direttori e Coordinatori alla segnalazione				
INDICATORE:				
1. invio Circolare alle UUOO				
2. inserimento sul portale SIMES				
STANDARD:				
1. entro giugno				
2. 100%				
FONTE: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Decreto 11 dicembre 2009: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	DMO/ Distretti	Direttori UO	Coord UO
Invio circolare	R	I	I	I
Segnalazioni da parte delle UU.OO.	C	I	R	R
Caricamento eventi sul SIMES	R	I	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Sperimentazione del Global trigger tool

La metodologia Global Trigger Tool, introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, USA, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorarne il loro andamento nel tempo. La metodologia Global Trigger Tool (GTT) consiste essenzialmente nella revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche per la ricerca di "trigger" (o indizi) finalizzati a identificare possibili eventi avversi e si basa su protocollo che definisce la composizione del team di verifica, le modalità di campionamento delle cartelle cliniche, il processo di revisione, le modalità per individuare un evento avverso, le modalità di elaborazione e analisi dei dati.

Nel corso del 2023 sono state analizzate 23 cartelle nello SO di SBT con l'identificazione di 46 trigger e 36 cartelle dello SO di AP con l'identificazione di 68 trigger. La revisione delle cartelle non ha confermato eventi avversi ma evidenziato la necessità di avviare un'azione di miglioramento nelle seguenti aree:

- gestione del paziente con agitazione psicomotoria;
- posizionamento del paziente nell'effettuazione di procedure in emergenza;
- registrazione nella documentazione clinica della terapia farmacologica.

OBIETTIVO: Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

ATTIVITÀ PER IL 2024 – Sperimentazione del Global trigger tool

INDICATORE:

Revisione di 100 cartelle cliniche (50 per semestre)

STANDARD: 100%

FONTE: <https://www.ihl.org/resources/white-papers/ihl-global-trigger-tool-measuring-adverse-events>

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Infermiera DMO	SIA	
Estrazione campione cartelle	I	I	R	
Individuazione trigger	I	R		
Revisione delle cartelle	R	I		
Relazione conclusiva sperimentazione	R	C		

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Gestione del rischio infettivo

In relazione alla gestione del rischio infettivo, è operativo il Comitato per le Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), costituito con Determina 375/AV5 del 05.04.2022 ed è in fase di adozione il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA); con nota prot. 1648208 del 19/9/2023 è stato inoltre attivato un gruppo di lavoro sulla *Antimicrobial Stewardship*, che sta procedendo ad una mappatura del consumo di antibiotici e la cui attività è inserita nel PAICA. Si segnala che nel corso del 2024 si svilupperà il lavoro inserito PNRR missione 6 salute c2 intervento 2.2b: la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere.

In relazione al rischio Legionella è attivo uno specifico gruppo di lavoro che ha predisposto il Protocollo di controllo del rischio legionellosi e nel corso del 2024 si procederà alla verifica dell'applicazione del documento e all'aggiornamento annuale.

Percorso di autorizzazione delle strutture aziendali: telemedicina e cure domiciliari

Nell'ambito del percorso autorizzativo si evidenziano in particolare due punti rilevanti per la gestione del rischio: la telemedicina e la sicurezza delle cure nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

La erogazione di prestazioni di telemedicina costituisce un elemento strategico per le motivazioni esposte nell'allegato addendum alla Carta dei servizi aziendali e che viene garantito con gli attuali sistemi nelle more dell'aggiornamento del sistema informativo aziendali grazie ai diversi interventi previsti nell'ambito del PNRR. I riferimenti per tale attività sono

- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina - Accordo Stato Regioni 17 dicembre 2020
- Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie - Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021
- Manuale di autorizzazione d D.G.R. n. 1469 del 16/10/2023

In particolare, si rileva dagli atti di indirizzo in materia si rilevano i seguenti specifici aspetti dell'attività di telemedicina:

- le prestazioni in telemedicina vanno riservate ai pazienti in carico con quadro clinico noto e deve essere garantita la conversione della prestazione in presenza con appuntamento assegnato immediatamente in caso di evidenza di elementi di complessità del caso;
- per ciascuna prestazione erogata in telemedicina dovrà essere predisposto un foglio informativo, da pubblicare nel sito web aziendale; la formazione degli utenti rappresenta un elemento centrale anche rispetto all'uso di strumenti quali il FSE;
- l'erogazione di prestazione deve essere comunicata e concordata con l'utente che dovrà ricevere le istruzioni operative per l'accesso alla prestazione; per quanto attiene alla registrazione del consenso questo potrà essere registrato:
 - ✓ nel referto ambulatoriale che indica la prestazione in telemedicina,
 - ✓ nella prescrizione della prestazione,
 - ✓ nel referto di erogazione della prestazione in telemedicina.

- nella prescrizione è necessario specificare, qualora necessaria, l'indicazione alla presenza di un caregiver e quindi in fase di erogazione dovrà essere verificata la presenza dello stesso;
- per la sola televisita, un punto critico è la necessità di garantire, qualora il paziente fosse in difficoltà a reperire presso il proprio domicilio gli strumenti informatici, la possibilità di accedere a strutture territoriali;
- in caso di malfunzionamenti di apparecchiature o software deve essere garantita la prestazione in presenza entro un termine congruente con le condizioni cliniche del paziente mediante presa in carico del caso;
- nella refertazione è necessario dare atto della qualità del collegamento e della idoneità rispetto alla prestazione erogata, nonché indicati i partecipanti (caregiver o altri medici / infermieri)

Un elemento strategico per lo sviluppo della telemedicina diviene essenziale lo sviluppo di un piano formativo con attenzione ai seguenti punti:

- competenze di base nell'uso dei sistemi informatici;
- conoscenza della piattaforma tramite cui sono erogati i servizi di telemedicina;
- competenze sull'eleggibilità del paziente relativamente al servizio specifico di telemedicina;
- competenze nell'interpretazione e analisi dei dati del singolo e della popolazione oggetto di intervento;
- competenze nella gestione da remoto della relazione con i pazienti o con altri professionisti sanitari;
- capacità di comunicazione da remoto con pazienti, caregiver e tutti i componenti del team sanitario.

In merito alla definizione di prime linee di un piano per la sicurezza delle cure erogate in telemedicina è importante essere consapevoli dei potenziali rischi associati a questa modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria mediante l'utilizzo di tecnologie innovative, in particolare delle Information and Communication Technologies (ICT), in specifici setting, mirata ad annullare la distanza tra professionista e paziente. Nonostante l'enorme beneficio che ne deriva, la telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale, ma la integra per poterne migliorare quelli che da sempre sono considerati i principali indicatori della qualità dell'assistenza: efficacia, efficienza e appropriatezza.

Nella Tabella 12 si delinea una prima mappa dei rischi e relative azioni correttive.

Tabella 12. Mappa dei rischi e azioni correttive per la telemedicina

Area di rischio	Descrizione	Azione correttive
Difficoltà di accesso	I pazienti che non hanno accesso a Internet o a dispositivi tecnologici potrebbero non essere in grado di usufruire di servizi di telemedicina	• Verifica in fase di prescrizione della possibilità di accesso • Previsione di attivazione di postazioni per attività di telemedicina nelle sedi distrettuali periferiche (punti salute) •
Problemi di comunicazione	Una comunicazione inefficace tra pazienti e operatori sanitari può portare a incomprensioni e a cure errate	• Limitazione ad attività di controllo su pazienti noti e prestazioni di minore complessità • Formazione del personale nella gestione della comunicazione nelle prestazioni a distanza • Particolare attenzione nella refertazione della prestazione •
Problemi tecnici	Malfunzionamenti di apparecchiature o software possono interrompere le prestazioni di telemedicina e portare a ritardi o cancellazioni delle cure	• Selezione dei casi in cui erogare prestazioni in telemedicina; • Previsione di prestazione in presenza a breve in caso di malfunzionamenti
Problemi di privacy e sicurezza dei dati	I dati sanitari dei pazienti sono sensibili e devono essere protetti da accessi non autorizzati.	• Il servizio di videocall avviene tramite un collegamento sicuro, con un applicativo installato nei server regionali e su un link dedicato alla singola prestazione
Errori medici:	La diagnosi e il trattamento errati possono verificarsi in qualsiasi ambiente sanitario, ma possono essere particolarmente rischiosi in telemedicina, dove i medici non hanno accesso a un esame fisico completo del paziente.	• Limitazione ad attività di controllo su pazienti noti e prestazioni di minore complessità • Conversione della prestazione in presenza con appuntamento assegnato immediatamente in caso di evidenza di elementi di complessità del caso

Un elemento strategico è rappresentato dalla formazione del personale al fine di assicurare che gli operatori coinvolti nella telemedicina siano adeguatamente formati e consapevoli dei rischi e delle best practice.

In merito alla gestione del rischio nell'ambito dell'assistenza domiciliare si è proceduto ad avviare un confronto con il gestore del servizio che nella AST di AP è esternalizzato ed è stato definito un primo documento di valutazione Allegato X.

Procedure / protocolli aziendali

Con la Determina nro 10 del 1/2/2024: “Approvazione Procedura generale per la gestione del sistema documentale aziendale” è stato attribuito alla U.O.C Governo clinico e gestione del rischio la funzione di gestione del sistema documentale secondo quanto previsto nella procedura generale di gestione documenti, al fine di assicurare una documentazione redatta sempre in maniera chiara, corretta e completa tale guidare e supportare il personale a cui è indirizzata, oltre ad assicurarne la disponibilità e la circolazione sempre aggiornata.

Nel corso del 2024 verrà effettuato il monitoraggio dell'applicazione delle seguenti procedure-Protocolli:

- procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale
- procedura per la prevenzione degli errori terapia farmacologica
- procedura per la prevenzione e gestione del dolore nei setting assistenziali
- taglio cesareo in emergenza sia nel s.o di ap che di sbt
- protocollo prevenzione osteonecrosi dei mascellari farmaco relata
- procedura paziente non identificato
- procedura di trasfusione massiva nel trauma maggiore dell'adulto
- gestione dei pazienti che effettuano esami tc con mdc nella radiologia di pronto soccorso
- procedura per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0
- pdtca tumori colon retto
- piano aziendale gestione maxiemergenza territoriale
- procedura safety walk round e revisione check list giri sicurezza gestione database visite reparti e verbali
- procedura MRI conditional
- prevenzione delirium nel paziente ospedalizzato
- prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita

La verifica verrà effettuata attraverso gli strumenti propri del Risk Management (Check-List, FMEA, Audit).

Formazione

Anche per il 2024 sono stati predisposti eventi formativi rivolti al personale sanitario e sociosanitario della AST con il fine di:

- sviluppare competenze e conoscenze con l'obiettivo di promuovere all'interno delle diverse UU.OO. Aziendali il miglioramento della appropriatezza e sicurezza delle cure;
- sensibilizzare gli operatori sanitari di tutta l'Azienda all'importante tematica del rischio clinico;

Nel piano formativo 2024 sono stati previsti inoltre dei corsi ECM FAD (Tabella 13).

Tabella 13 – Eventi formativi in materia di rischio clinico programmati nel PFA -2024.

TITOLO DELL'INIZIATIVA	TIPO DI CORSO	U.O. DESTINATARIE	NECESSITA' FORMATIVA	AREA RIFERIMENTO	OBIETTIVI FORMATIVI
RISCHIO CLINICO NELLA GESTIONE FARMACOLOGICA	FAD	TUTTE	Raccomandazione n. 1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio • Raccomandazione n. 7 - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica • Raccomandazione n. 12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" • Raccomandazione n. 17 - La Riconciliazione della terapia farmacologica • Raccomandazione n. 18 - Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli • Raccomandazione n.19 - La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	Il corso offre, ai professionisti sanitari coinvolti direttamente o indirettamente, di conoscere le misure di prevenzione e controllo del rischio clinico in ambito farmacologico definite nelle Raccomandazioni ministeriali.

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN OSPEDALE	FAD	TUTTE	Il suicidio in ospedale rappresenta un evento di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente. (Ministero della Salute, Raccomandazione n.4, marzo 2008) Il suicidio viene definito "L'atto di autoinfliggersi intenzionalmente la cessazione della vita". Tra i comportamenti autolesivi si distinguono: comportamenti tesi a procurarsi lesioni e dolore, senza volontà di morire (cutting) e comportamenti autolesivi con volontà di morire. La conoscenza dei principali fattori di rischio consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dei suicidi in ospedale.	6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	Scopo dell'evento formativo è riconoscere i pazienti a maggior rischio suicidario, identificare i fattori di rischio generali e specifici in relazione a fasce d'età, alle patologie psichiatriche, valutare i fattori di protezione e classificare secondo matrici di rischio il livello di rischio al fine di mettere in atto strategie di prevenzione e assistenza che coinvolgano tutta l'équipe curante. La presa in carico del paziente richiede in particolare una forte integrazione di tutti i professionisti ed operatori presenti in Ospedale, allo scopo di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario e procedere ad un percorso clinico-assistenziale individuale (PAI), con adeguati criteri di cura e vigilanza. OBIETTIVO far comprendere ai sanitari la responsabilità professionale.
L'ACCOGLIENZA DELLA PERSONA ASSISTITA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE	FAD	TUTTE	Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali (NICE, 2023). L'evento caduta non è uguale in tutti i contesti ma presenta incidenza diversa a seconda dei setting assistenziali impattando in modo significativo sulla durata della degenza, sui re-ingressi, sulle attività diagnostiche e terapeutiche nonché sui costi sanitari e sociali. Rappresenta inoltre un evento sentinella potenzialmente prevedibile (Bonnerup Vind et al., 2021). A tale scopo l'implementazione delle linee regionali e ministeriali per la prevenzione e segnalazione degli eventi sentinella (EA) rappresenta un adempimento importante teso a minimizzare tali accadimenti in ospedale e quindi ridurre le conseguenze per il paziente e per l'organizzazione.	6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	Obiettivo specifico dell'attività è quello di diffondere agli operatori le linee guida ed il protocollo di prevenzione cadute aziendale. La presa in carico del paziente la prevenzione, i fattori di rischio e le scale di valutazione gestione e monitoraggio delle cadute il rischio caduta e le conseguenze per gli operatori sanitari
AUDIT CLINICO: REVISIONE TRA PARI PROTOCOLLO CONTENZIONE ANALISI DATI REGISTRO	RES	TUTTE	L'audit clinico è uno strumento che permette di applicare nella realtà clinico/assistenziale le migliori evidenze scientifiche, col fine di migliorare, attraverso specifici interventi, eventuali punti di debolezza nella pratica applicata. Tra questi punti di debolezza ricordiamo: scarsa formazione, ridotta conoscenza della normativa e delle direttive giurisprudenziali in tema di contenzione, non conformità nella registrazione sulla documentazione clinica, mancato monitoraggio per la prevenzione ed eventuali danni diretti e indiretti al paziente contenuto, mancanza di idonei dispositivi contenitivi.	6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	Obiettivo dell'attività è quello di diffondere agli operatori il documento sulle buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale approfondire le implicazioni etico deontologiche e medico legali della pratica della contenzione approfondire l'importanza della compilazione puntuale della documentazione sanitaria nella prevenzione, gestione e monitoraggio della contenzione

AUDIT CLINICO: GESTIONE DEL DOLORE	RES	TUTTE	La Legge n. 38/2010 prevede che il medico riporti nella cartella clinica il tipo e l'intensità del dolore, la terapia analgesica e il risultato ottenuto. La nostra pratica corrente nella gestione del dolore è conforme alla migliore pratica possibile? Selezionare un numero di casi utile a dimostrare l'adeguatezza o meno alle evidenze. - La fonte dei dati cartelle cliniche e/ scheda di terapia del dolore Analisi dei dati: - % di adesione alla direttiva aziendale sulla valutazione del dolore	1 APPLICAZIONE E NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)	L'obiettivo del presente audit è quello di analizzare l'efficacia clinica dei protocolli utilizzati nella gestione del dolore e individuare possibili aree di miglioramento. 1) Definire il percorso da adottare per rendere sistematica la valutazione del dolore 2) Implementare la scheda informatizzata di valutazione del dolore in tutti i pazienti ricoverati
RISCHIO CLINICO. DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CONSENSO INFORMATO E ASSICURAZIONI	RES	TUTTE	Per Rischio Clinico si intende la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso e subisca un danno imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante la degenza. Durante il corso vengono illustrati gli strumenti impiegati a livello nazionale e internazionale per il governo clinico delle attività sanitarie: il ruolo del clinical risk manager, del patient safety manager e del facilitatore/delegato alla sicurezza; le modalità di identificazione del rischio clinico e l'uso delle fonti informative; le Raccomandazioni Ministeriali rivolte agli operatori e le Pratiche per la Sicurezza del paziente; la revisione della documentazione sanitaria, l'incident reporting e i patient safety work around come strumenti di gestione. Il Consenso informato e la percezione/accettazione del rischio da parte del paziente le diverse tecniche d'analisi degli errori, sia in modo reattivo che proattivo: Verranno poi presentati gli obblighi formativi delle strutture sanitarie in tema di Gestione del Rischio Clinico, anche in riferimento alla Legge n. 24 del 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco).	6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	Acquisire/mantenere le conoscenze sull'approccio sistemico alla sicurezza del paziente e sulle metodologie e tecniche di analisi e valutazione del rischio, con particolare riferimento all'approccio reattivo.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La diffusione del documento verrà attuata tramite la pubblicazione nella intranet aziendale e con mail di segnalazione a tutti i direttori di UO, dirigenti di UOSD, dirigenti delle professioni sanitarie e posizioni organizzative, coordinatori.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- ✓ Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- ✓ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- ✓ D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- ✓ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- ✓ Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
- ✓ Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- ✓ Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- ✓ Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, Art.1, c. 539 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- ✓ Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- ✓ Accordo Stato Regioni "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017, Rep. Atti n.14/CSR;
- ✓ DGR n. 1093 del 06 agosto 2018 "Recepimento da parte della Regione Marche della 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" (articolo n. 2, comma 4) -Istituzione del centro Regionale per la Gestione Del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente ".
- ✓ Deliberazione della Giunta regionale – Marche n. 127 del 13/2/2019: Linee di indirizzo regionali per la formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 (L. 208/15 e L. 24/17)