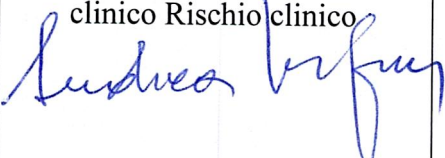
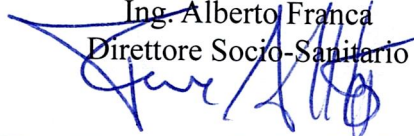


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Anno 2025

Rev.	Data	Natura della Revisione	Pagine
1.0	30.05.2025	Emissione	32

STESURA	VERIFICA	APPROVAZIONE
Dr. Andrea Vesprini Direttore UOC Governo clinico Rischio clinico 	Dr.ssa Elisa Draghi Direttore Sanitario  Dott. Massimo Esposito Direttore Amministrativo  Ing. Alberto Franca Direttore Socio-Sanitario 	Dr. Roberto Grinta Direttore Generale 

1	INTRODUZIONE	3
1.1	OBIETTIVI GENERALI	3
1.2	CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	4
2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
2.1	Sinistrosità e risarcimenti erogati.....	8
2.2	Descrizione della posizione assicurativa.....	9
2.3	Eventi avversi segnalati - anno 2024	9
2.3.1	Eventi Sentinella	9
2.3.2	Eventi caduta.....	10
2.3.3	Eventi significativi non sentinella.....	13
2.3.4	Reazioni avverse da farmaci	14
2.3.5	Vigilanza dispositivi medici	15
2.3.6	Reazioni trasfusionali	16
2.3.7	Segnalazioni URP	16
2.4	Altre attività.....	20
2.5	Formazione.....	20
2.6	Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute	20
3	Resoconto delle attività del piano precedente	21
3.1	Attività a consuntivo PARS.....	22
4	Attività a consuntivo PAICA (Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza)	23
5	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	24
6	OBIETTIVI E ATTIVITA' DELLA SEZIONE RISCHIO CLINICO DEL PARS	25
8	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	31
9	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	32

1 INTRODUZIONE

La Sicurezza delle cure, come definita dall'articolo 1 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 è “parte costitutiva del diritto alla salute”, che deve essere “perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”, esprimendo, altresì, una dimensione cruciale della qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel vigente contesto normativo, “alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale”, e si realizza mediante “l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.”

In buona sostanza, il rafforzamento continuo della sicurezza delle cure è la risultante di un processo continuo, sistematico e multi-dimensionale che coinvolge l'intera organizzazione, impegnando tutti gli operatori sanitari ad adottare un approccio proattivo e sistemico riguardo la sicurezza e a svolgere il proprio ruolo con responsabilità professionale.

La “Gestione del Rischio Clinico” rientra tra gli interventi del “Governo Clinico” per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e “Clinical Governance” sono strettamente connessi; una solida “Clinical Governance” costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione del DM 19/12/2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie” (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022), viene redatto il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), esso promuove le iniziative in materia di rischio sanitario, definisce le attività di governo clinico atte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento.

Il presente documento, come da DGRM n. 736 del 26 maggio 2025, ricomprende sia la sezione riguardante il **Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)** che il **Piano Annuale per il management delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)** oltre alla **Relazione a consuntivo Art 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24**.

1.1 OBIETTIVI GENERALI

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti qualità e sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo declinato nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) ed il Piano Annuale per la Gestione del rischio Sanitario (PARS);
- predisporre una relazione a consuntivo di eventi gestiti e le azioni correttive messe in atto nelle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- rinforzare la segnalazione di eventi sentinella, cadute in corso di assistenza e di eventi avversi, anche come indicatore del livello di gestione della sicurezza in seno alle strutture sanitarie;
- monitorare l'attuazione delle misure di riduzione del rischio pianificate in esito all'analisi di eventi avversi, azioni insicure e near miss;

- formare e aggiornare i professionisti dell'AST in materia di rischio clinico, di qualità e di prevenzione del contenzioso, come leva fondamentale per rafforzare la cultura e l'approccio risk based thinking di professionisti e servizi alla gestione della sicurezza;
- Implementazione/revisione delle procedure aziendali relative alle Raccomandazioni ministeriali, mediante l'individuazione di gruppi di lavoro per ciascuna di esse che dovranno anche effettuarne il monitoraggio.

1.2 CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST Fermo) si estende su un territorio di 862,75 Km² (9,2% del territorio regionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione residente al 01/01/2025 è pari a **167.100** distribuita in 40 Comuni e in 1 Distretto, con una densità di 193,6 abitanti per Km². La distribuzione per classi di età, per gli anni 2024 e 2025, dell'Azienda Sanitaria Territoriale è riportata nella Tabella 1:

Tab.1- Fonte ISTAT – I dati per l'anno in corso si intendono dati stimati e suscettibili di aggiustamenti.

Rilevazione al	Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75+ anni	TOTALE
01/01/2024	961	4.189	13.754	26.925 (M)	51.336	21.455	23.459	167.345
				25.266 (F)				
01/01/2025	925	4.113	13.395	27.039 (M)	51.080	21.717	23.709	167.100
				25.122 (F)				

Il dato ISTAT circa la speranza di vita a 0 anni, per l'anno 2024 indica per la provincia di Fermo 82 anni per i maschi e 86,1 per le femmine, valori in linea con quelli regionali (82,2 e 86,2,4) leggermente superiori rispetto ai valori nazionali (81,4 e 85,5).

L'indice di vecchiaia, per l'anno 2025, determinato come rapporto tra il numero di ultrasessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari a 246, e risulta in crescita rispetto all'anno precedente (230,76).

Al 01/01/2025 gli ultrasessantacinquenni dell'AST Fermo sono 45.426 e rappresentano il 27,2% della popolazione residente, dato di poco superiore al valore regionale che è 26,6% e superiore al valore nazionale che si attesta al 24,7%.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO			
DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	862,75 Km ²	Popolazione residente	167.100
Distretti Sanitari	1	Presidi Ospedalieri Pubblici	2
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	5+1 (sala interventiva blocco parto)
Endoscopia digestiva	2	Endoscopia urologica/ginecologica	1
UTIC	1	Sala multidisciplinare	1
Terapia Intensiva	1		

Nella seguente tabella è presentata l'articolazione dei posti letto come risultante dal modello ministeriale di rilevazione dei flussi informativi HSP12. Si fa presente che il modello HSP12 riproduce una fotografia statica della situazione dei posti letto al primo gennaio dell'anno 2025 e viene aggiornato solo in caso di inizio attività di una nuova struttura o di chiusura di un reparto già esistente (Tab. 2)

Tab.2 – (Fonte HSP 12)

Stabilimento di Fermo							
Codice Struttura	Codice Disciplina	Progressivo Divisione	Disciplina		PL D.H.	PL D.S.	PL Ord.
11000401	1	11	ALLERGOLOGIA		1	0	0
11000401	8	11	CARDIOLOGIA		1	0	13
11000401	9	11	CHIRURGIA GENERALE		0	1	18
11000401	24	11	MALATTIE INFETTIVE		1	0	13
11000401	26	11	MEDICINA GENERALE		2	0	43
11000401	29	11	NEFROLOGIA		0	0	8
11000401	31	11	NIDO		0	0	10
11000401	32	11	NEUROLOGIA		0	0	10
11000401	34	11	OCULISTICA		0	1	1
11000401	35	11	ODONTOSTOMATOLOGIA		0	1	0
11000401	36	11	ORTOPEDIA TRAUMAT		0	1	20
11000401	37	11	OSTETRICIA GINECOLOGIA		0	1	20
11000401	38	11	OTORINOLARINGOIATRIA		0	1	3
11000401	39	11	PEDIATRIA		1	0	14
11000401	40	11	PSICHIATRIA		1	0	14
11000401	43	11	UROLOGIA		0	1	18
11000401	49	11	TER INT - RIANIMAZIONE		0	0	6
11000401	49	12	TER INT - RIANIMAZIONE		0	0	4
11000401	50	11	U T I C		0	0	5
11000401	51	11	ASTANTERIA - MEDICINA URGENZA		0	0	12
11000401	58	11	GASTROENTEROLOGIA		0	0	12
11000401	64	11	ONCOLOGIA		15	0	0
11000401	94	11	TERAPIA SEMINTENSIVA		0	0	10
Stabilimento di Amandola							
11000402	9	21	CHIRURGIA GENERALE		0	3	0
11000402	26	21	MEDICINA GENERALE		0	0	15
11000402	60	21	LUNGODEGENTI		0	0	5

Tab. 3 - Volumi attività di ricovero (Fonte Flusso SDO anno 2024)

Stabilimento di Fermo							
Unità Operativa Dimissione		Ordinari			Diurni		TOTALE
		Dimessi	Peso (media)	Degenza media gg	Dimessi	Peso (media)	Accessi
U.O.C. Anestesia e Rianimazione		64	4,65	9,59			64
U.O.C. Cardiologia		753	1,63	6,68	99	1,11	100
U.O.C. Chirurgia Fermo		639	1,99	6,46	182	0,98	182

U.O.C. Gastroenterologia	494	1,21	9,85				494
U.O.C. Malattie Infettive	314	1,55	18,52				314
U.O.C. Medicina Fermo	938	1,68	17,72	17	1,30	149	955
U.O.C. Nefrologia e Dialisi	175	1,68	15,15				175
U.O.C. Neurologia	333	1,40	14,83				333
U.O.C. Oculistica	6	0,74	8,00	180	0,78	180	186
U.O.C. Oncologia				1.009	1,09	13.022	1.009
U.O.C. Ortopedia	789	1,85	8,17	190	0,93	190	979
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	1.329	0,67	3,07	360	0,82	360	1.689
U.O.C. Otorinolaringoiatria	317	0,91	2,55	149	0,98	149	466
U.O.C. Pediatria	446	1,05	4,43	4	0,50	4	450
U.O.C. Pediatria (Nido)	557	0,49	2,57				557
U.O.C. Psichiatria	290	0,73	15,74	3	0,69	21	293
U.O.C. Urologia	1.099	1,65	4,52	111	1,17	111	1.210
U.T.I.C.	39	1,39	7,49				39
Totale Stabilimento	8.582	1,36	8,07	2.304	1,00	14.468	10.886
Stabilimento di Amandola							
U.O.C. Medicina Amandola	331	1,72	17,93				331
Totale Stabilimento	331	1,72	17,93				331
TOTALE	8.913	1,37	8,44	2.304	1,00	14.468	11.217

Tab. 4 (Fonte Flusso SDO anno 2024)

GIORNATE DI DEGENZA

Stabilimento	Gionate di degenza	Degenza media	Numero Accessi DH	Accessi medi DH
Fermo	69.271	8,07	14.468	6,3
Amandola	5936	17,93		

Tab.5 (Fonte Flusso SDO anno 2024)

AREA MATERNO INFANTILE	Num
Parti	621
Tagli Cesari	245

Tab.5 Prestazioni Specialistica per pazienti Interni comprese le prestazioni di PS Anno 2024 (Fonte LIS/RIS)

Disciplina	Num
Radiologia	59.214
Laboratori Analisi	947.262

Tab.6 -Prestazioni Ambulatoriali per pazienti Esterni – Anno 2024 (Fonte Flusso C)

Tipo Prestazione	Num
D-Diagnostica	147.465
L-Laboratorio	1.865.079
R-Riabilitazione	84.515
T-Terapeutica	122.032
V-Visite	190.304
Totale	2.409.395

Tab.7 Accessi Pronto Soccorso Fermo – Anno 2024 (Fonte Flusso EMUR-PS)

CodIci Priorità	Numero	% sul Tot	T. medio attesa (min.)*
1=Rosso	1.214	3,1%	6
2=Arancione	3.667	9,3%	41,5
3=Azzurro	13.648	34,7%	123
4=Verde	19.463	49,5%	103,2
5=Bianco	1.302	3,3%	86,4
N=Nero	1	0,00%	-
Totale complessivo	39.295	100,00%	

*Tempi calcolati al netto degli abbandoni prima della presa in carico del Medico.

Tab.8 Prestazioni Medicina trasfusionale –Anno 2024 (Fonte Sistema TMM)

Tipo Procedura	N° Procedure	N° Pazienti
Consulenza medicina trasfusionale	2.277	490
Salasso-procedura	1.125	402
Salasso-prima visita	111	109
TAO-sorveglianza terapia	1.842	92
Ig endovenose	82	2
Prelievo donatore IBMDR	24	24
Visita donatore IBMDR	22	22
Donazione SCO	18	18
Consulenza medicina trasfusionale SCO	2	2
	N° Donazioni	N° Donatori
Sangue intero	5.373	3.241
Plasmaferesi	1.536	627

Tab.9 Prestazioni di sala operatoria – anno 2024 (Fonte Registro Blocco Operatorio)

Unità Operative	Int. - Elezione	Int. - Urgenza	Int. - Totale
Chirurgia	445	379	824
Ortopedia	681	378	1.059
Ost/Gin	671	373	1.044
Urologia	713	465	1.178
Otorino	287	37	324
Cardiologia	2	3	5
Varie	200	13	213
Vascolare	4	1	5
Oculistica	0	2	2
Totale	3.003	1.651	4.654

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI

Denominazione strutture	Tipologia assistenziale	Numero P.L.
RSA Petritoli	R2	20
RSA Amandola	R2	19
Centro per cure palliative (Hospice) Montegranaro	HOSP	10
Cure intermedie Ospedale di comunità Montegiorgio	R1	20
Cure intermedie Sant'Elpidio a Mare	R1	20
RSR Porto San Giorgio	RD2	14
Centro Diurno Alzheimer Montegranaro	SRD	20

2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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". Pertanto nella presente relazione, verranno esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori all'UOC Governo Clinico Rischio Clinico dell'AST Fermo nell'anno 2024, secondo le modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi. Saranno, altresì, sinteticamente affrontate le altre attività declinate nell'ambito del Rischio Clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, come la formazione e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

2.1 Sinistrosità e risarcimenti erogati

Si pubblicano i dati relativi ai sinistri e ai risarcimenti erogati negli ultimi quattro anni nell'AST Fermo (Tabella 10)

Tabella 10 – Sinistrosità e risarcimenti erogati negli ultimi quattro anni (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. di sinistri "sanitari" aperti nell'anno	N. di sinistri "sanitari" liquidati relativi all'anno di riferimento	Risarcimenti liquidati in relazione ai sinistri dell'anno di riferimento
2021	33	5	€ 631.272
2022	23	0	0
2023	23	2	€29.402
2024	19	1	€15.000

2.2 Descrizione della posizione assicurativa

Per quanto concerne la parte assicurativa riguardo la copertura di responsabilità civile verso terzi, la AST di Fermo sta procedendo alla gestione nella modalità della auto-assicurazione (ossia accantonamento al fondo rischi sulla base delle richieste risarcitorie che pervengono) - Determina Dir.Gen. ASUR N.749/DG del 28/10/2015 “ Approvazione procedura gestione diretta sinistri da responsabilità verso terzi”, confermata dalle DD.RR.GG:MM. nn. 1718/2022, 1839/2022, 1980/2023, 1291/2024.

2.3 Eventi avversi segnalati - anno 2024

Nella AST di Fermo è stata implementata la procedura aziendale “*Segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, incident reporting*” con relativo modulo di segnalazione evento avverso/near miss, adottato dalla regione con Decreto n. 2 del 19 febbraio 2019, disponibile nel portale intranet aziendale.

Tabella 11 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	N (% di cadute all'interno della categoria di evento)	Principali fattori causali/contribuenti **	Azioni di miglioramento **	Fonte del dato
Near Miss/ Eventi Senza Esiti	10 (9 %)	0 (0 %)	Personale (61,9 %) Paziente (0 %) Struttura (14,2%) Tecnologici (14,2%) Organizzativi (28,5%) Comunicazione (0%)	Tecnologiche (14,2 %) Organizzative (28,5 %) Comunicazione (0%) Formazione (23,8%)	100% - Sistemi di reporting
Eventi Avversi	90 * (82%)	85 (94 %)			
Eventi Sentinella	10 (9 %)	8 (80 %)			

* nel dato sono comprese anche le cadute, sono escluse le cadute degli eventi sentinella

** le percentuali dei fattori causali e/o contribuenti si riferiscono esclusivamente agli eventi oggetto di analisi approfondita (audit effettuati per 21 Eventi Avversi/Sentinella).

2.3.1 Eventi Sentinella

Nel corso del 2024 sono stati segnalati n. 10 eventi rientranti nella fattispecie di cui al c.d. Decreto SIMES riportati in tabella 3 con le relative iniziative poste in essere.

Tabella 12 Eventi sentinella - anno 2024

N.	Tipologia Evento*	N. Eventi	Iniziative poste in essere	
			N. SEA	Azioni di miglioramento
1	Ogni altro evento avverso che causa	2	2	Revisione della procedura “Posizionamento e gestione del sondino naso gastrico”.

	morte o grave danno al paziente			Segnalazione nel sito del Ministero della Salute (Vigilanza sui dispositivi medici).
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	8	8	In 5 casi; attività di rinforzo sulla conoscenza della procedura presente nella struttura sanitaria, legata alla Raccomandazione Ministeriale 13 "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" con particolare riferimento alla compilazione degli interventi educativi ed informativi mirati a tutti gli assistiti e a quelli con presenza rischio caduta contenuti nei documenti aziendali In 1 caso; Ripristino luci sulle testate dei letti UOC UTIC In 1 caso; richiesta deambulatori con telaio pieghevole, regolabili in altezza con 4 ruote piroettanti. In 1 caso: Incontro per analizzare le criticità legate al sovraffollamento del P.S. con il coinvolgimento della Direzione Medica Ospedaliera, la Bed Manager, il Direttore di Dipartimento Medico e il Direttore SPS. Proposta di acquisto, alla Direzione Aziendale, di barelle a regolazione variabile, con limite regolabile di 25 cm.

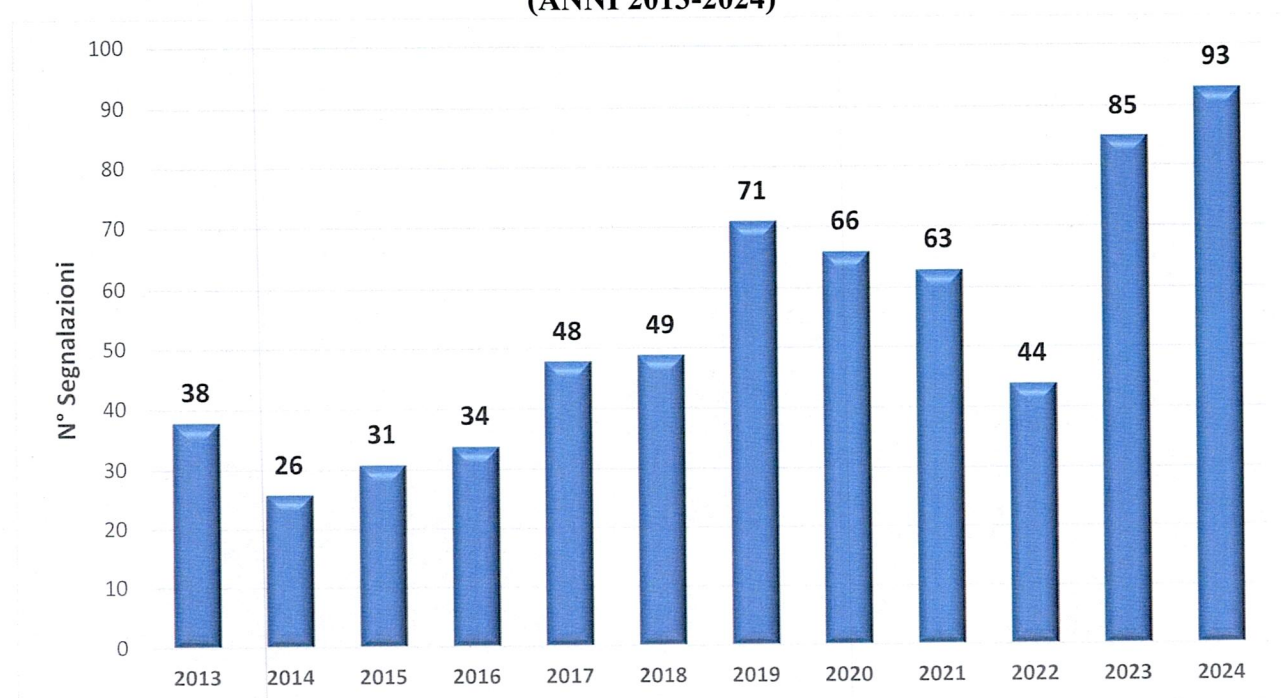
2.3.2 Eventi caduta

Nella AST Fermo è attivo dal 2011, un sistema di segnalazione e monitoraggio delle cadute, questo consente una valutazione dell'andamento del fenomeno, dal 2013 è stata standardizzata la scheda di segnalazione e questo consente una valutazione negli anni del fenomeno.

Indicativamente la segnalazione avviene il giorno stesso dell'evento. L'andamento del fenomeno nel periodo di monitoraggio è evidenziato nel *Grafico 1* ed in particolare nell'ultimo anno sono state registrate 93 segnalazioni di cadute accidentali pari allo 0,85% sul n. totale di ricoveri anno (11.217). Rispetto invece all'incidenza delle cadute in base alle giornate di degenza si rileva un valore di 0,82% ogni 1000 giornate di degenza.

Nel grafico sottostante viene mostrato il numero di cadute segnalate dal 2013 al 2024.

GRAFICO 1: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI (ANNI 2013-2024)



Nel *Grafico 2* si evidenzia come negli anni le cadute si siano verificate maggiormente nella macroarea ospedale rispetto alla macroarea territorio, mentre nel *Grafico 3* si nota come nel 2024 l'Unità Operativa in cui si è segnalato il numero maggiore di cadute è Medicina Interna Fermo (19) seguito da Pronto Soccorso MCAU (13).

GRAFICO 2: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI SUDDIVISE PER MACROAREA (ANNI 2020-2024)

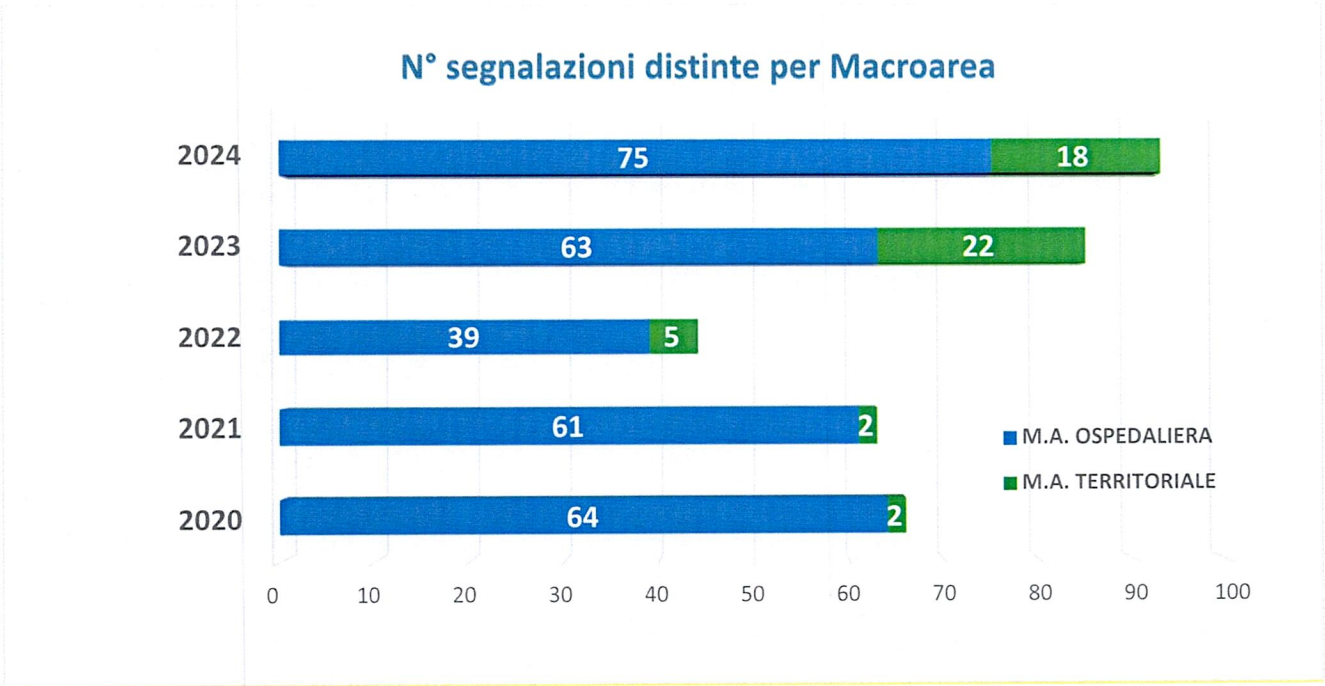
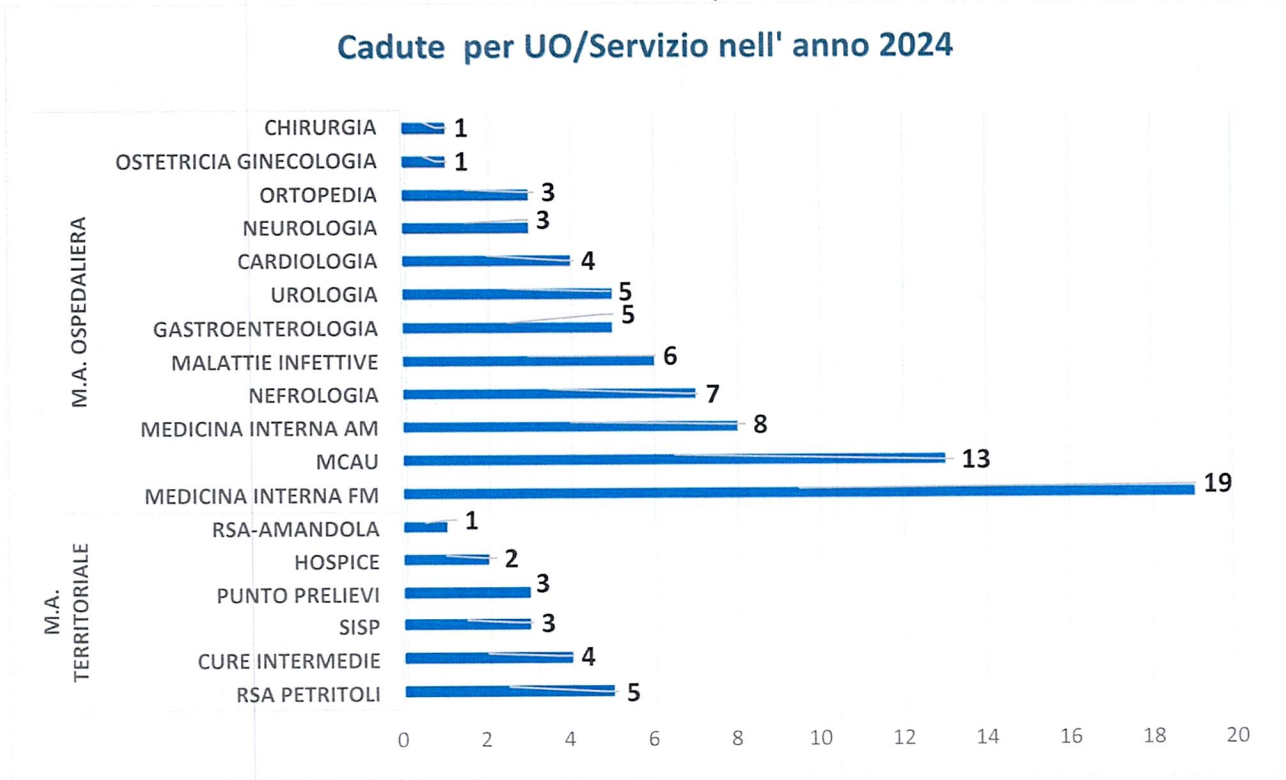
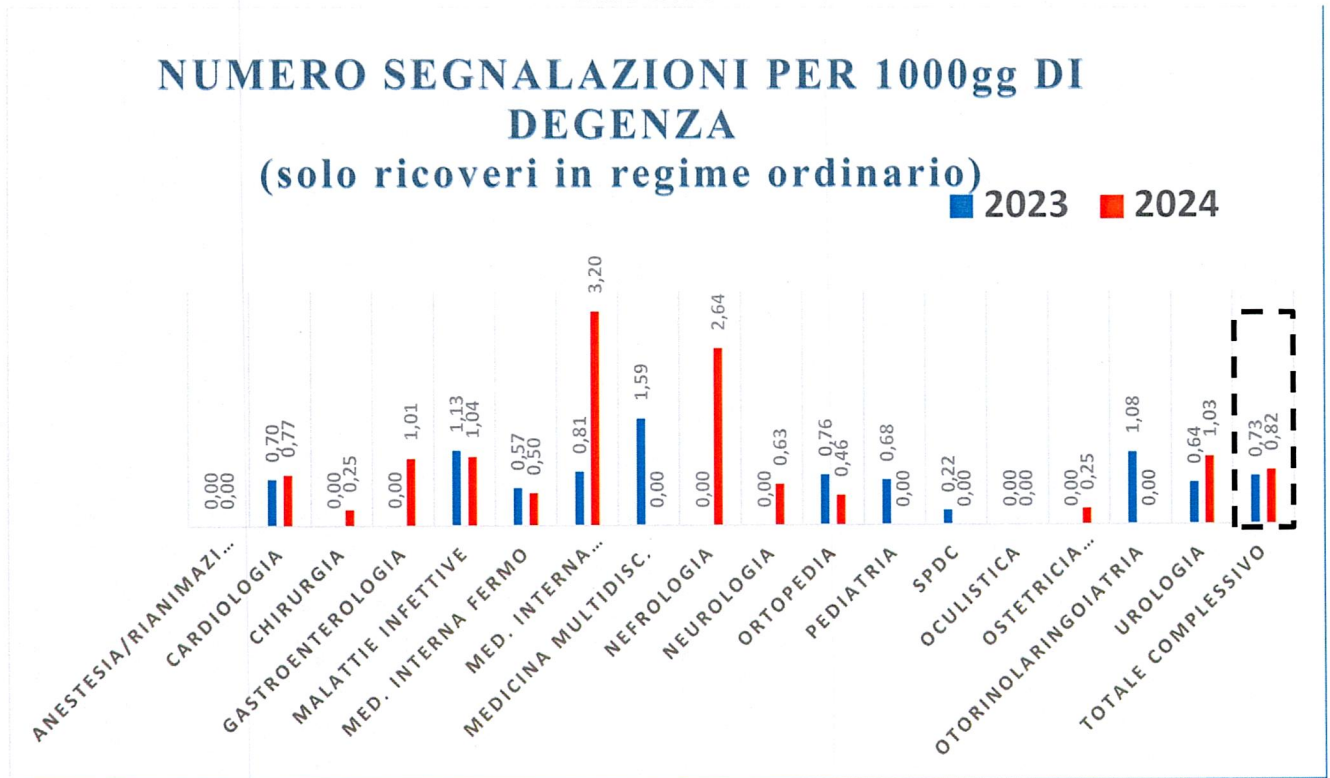


GRAFICO 3: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI SUDDIVISE PER U.O./SERVIZIO (ANNO 2024)



La frequenza delle cadute per UO rappresentata nel *Grafico3*, di per sé, fornisce poche informazioni sul rischio di cadere in una U.O. piuttosto che in un'altra. Più opportuno è considerare le giornate di degenza come tempo di esposizione al rischio. Si è quindi calcolato un dato di incidenza rapportato a tale "esposizione". Il *Grafico 4* mostra il confronto con l'incidenza del 2023 e del 2024.

GRAFICO 4: AST FERMO – INCIDENZA DELLE CADUTE PER 1000 GIORNI DI DEGENZA ANNI 2023-2024



L'età media degli 93 soggetti caduti è 67,7 anni (Dev.St. 23,3).

I maschi sono 66 (70,97%) e presentano un'età media pari a 63,8 anni (Dev.Std 24,0).

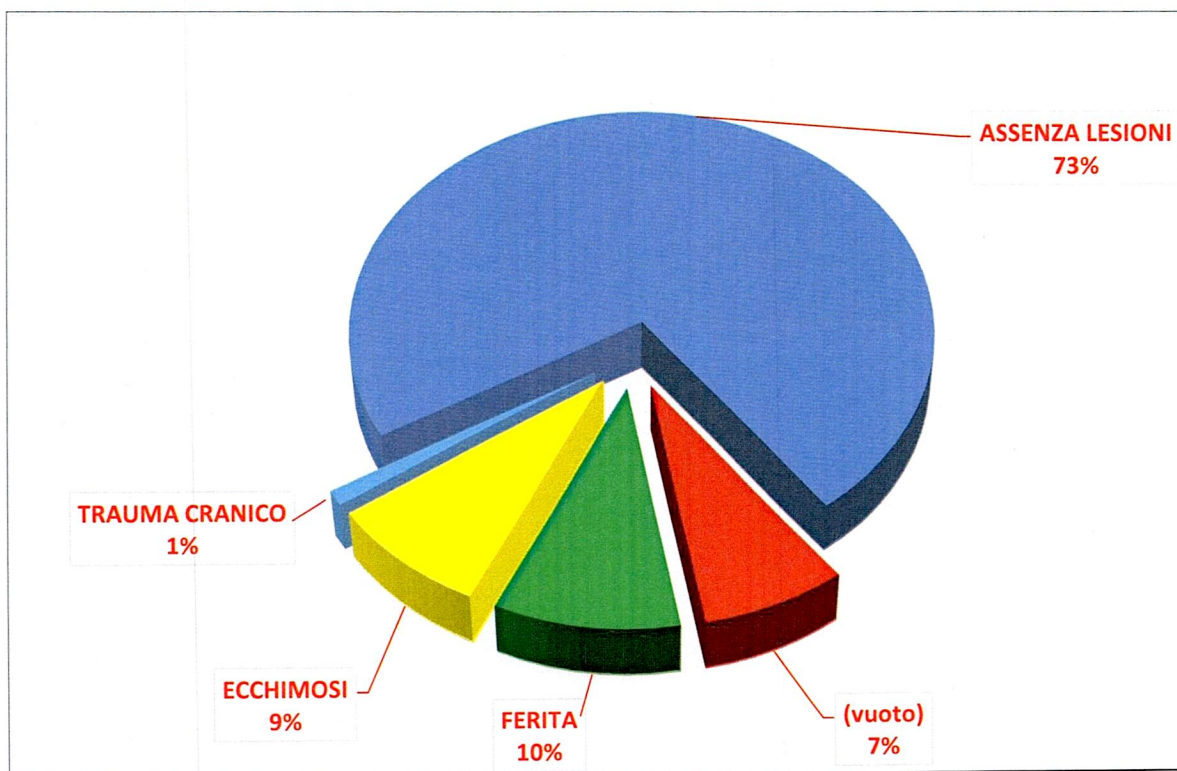
Le femmine sono 27 (29,03%) e presentano un'età media pari a 77,2 anni (Dev.Std 18,8).

La scala di valutazione è stata rilevata su 68 pz., 27 risultavano avere un rischio 'basso' (≤ 1) mentre per 41 di essi si registra un rischio 'alto' (≥ 2).

La giornata in cui si registrano il maggior numero di cadute (22) risulta essere il giovedì (23,66%) e principalmente nella fascia oraria notturna (41; 44,09%). La frequenza minore, giorno in cui si registrano meno cadute risulta essere il venerdì (9; 9,68%).

Il luogo più frequente dove si cade risulta essere la camera (63; 67,74%); segue il bagno (17,20%) a significare che il 80 % delle cadute si registra in questi due ambienti.

GRAFICO 5: AST FERMO – ESITO DELLE CADUTE ANNO 2024



2.3.3 Eventi significativi non sentinella

Nella Tabella 13 vengono riepilogati i dati segnalati nel 2024 relativi agli eventi significativi non rientranti nella fattispecie di cui al c.d. Decreto SIMES (eventi sentinella) con le relative azioni di miglioramento, oggetto di particolare attenzione da parte della UOC Governo clinico Rischio clinico.

Tab.13 (fonte SIMES- NSIS)

N.	Tipologia Evento*	N. Eventi	Iniziative poste in essere	
			N. SEA	Azioni di miglioramento
1	EVENTO AVVERSO	7	7	Rivedere l'organizzazione dei trasporti intraospedalieri.
				Montaggio dello scorrimano nel corridoio. Modifica dell'orario di ingresso dei famigliari da 2 a 3 ore nei giorni di sabato, domenica e festivi. Favorire l'aggregazione sociale dei pz. tramite l'utilizzo di spazi comuni. Valutare i tempi assistenziali relativi all'aumento in organico dell'OSS.
				Formalizzazione della procedura per il percorso e le azioni delle attività del Servizio Terapia del dolore.
				Segnalazione al responsabile della vigilanza ed Informativa al fabbricante/distributore
				Retreinig formativo sul corretto smaltimento dei rifiuti taglienti.
				Effettuare un retraining formativo della procedura "Prevenzione Della Reazione Trasfusionale Da Incompatibilità ABO "e della procedura per la corretta identificazione del Paziente a tutti gli operatori sanitari della UOC.
				Evitare di mettere nella stessa stanza pazienti che devono effettuare una trasfusione;
				Evitare che lo stesso medico monitorizzi più pz. che effettuano una trasfusione lo stesso giorno.

				Percorso alternativo a quello del Pronto Soccorso per pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di periodiche trasfusioni.
				Intervento da parte del SPP per verificare le Misure per la prevenzione di rischio aggressioni al fine di implementare azioni di prevenzione. Rivedere l'organizzazione dell'attività ambulatoriale, in modo da evitare che il professionista rimanga da solo nella parte della struttura dedicata alla riabilitazione.
2	NEAR MISS	4	4	Aggiornamento procedura sul trasporto intraospedaliero, retraining formativo della procedura “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” e della procedura “ Corretta identificazione del paziente” Rafforzamento formativo della procedura “ Corretta identificazione del paziente” Retraining formativo della procedura “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” e della procedura “ Corretta identificazione del paziente” Eseguire una formazione ad hoc sulla tecnica di trombolisi sistemica agli infermieri di area critica, dove tale pratica ha più possibilità di essere effettuata.

2.3.4 Reazioni avverse da farmaci

Nel 2024 sono state segnalate 33 reazioni avverse a farmaci di cui 5 gravi (15,15 %). Le segnalazioni sono state effettuate prevalentemente dal medico 22 (66,6 %)

I dati sono riportati nella Tabella 14.

Tab.14 AST FERMO anno 2024: Reazioni avverse a farmaci (ADR Adverse Drug Reaction)

ADVERSE DRUG REACTION - ANNO 2024		
SESSO	N.	%
M	16	48,48
F	17	51,51
TOT.	33	100
GRAVITA'	N.	%
Grave	5	15,15
Non grave	28	84,85
TOT.	33	100
GRAVITA'	N.	%
Non grave	28	84,85
Ospedalizzazione o suo prolungamento	5	15,15
Invalidità grave o permanente		
Pericolo di vita		
Altra condizione clinicamente rilevante		
ESITO	N.	%
Decesso		
Risoluzione completa	23	69,69
Risoluzione con postumi		

Miglioramento	6	18,19
Non risolto	4	12,13

Fonte della segnalazione	N.	%
Medico	22	66,7
Farmacista	1	3,03
Utente	10	30,3

2.3.5 Vigilanza dispositivi medici

Nella tabella (Tab.15) vengono riepilogati i dati relativi alle segnalazioni inoltrate al Responsabile della vigilanza dispositivi medici dal personale utilizzatore degli stessi, relativi ai reclami e agli incidenti, in termini di: struttura segnalante, dispositivo interessato, oggetto della segnalazione, azioni intraprese.

Tab. 15 AST Fermo anno 2024: SEGNALAZIONI RELATIVE A DISPOSITIVI MEDICI

Struttura segnalante	Dispositivo	Oggetto segnalazione	Azioni
UOC Farmacia	IVD-DISPOSITIVI AUTODIAGNOSTICI-D.L. vo 332/2000 Strumento ARIA per la misurazione del glucosio.	Il distributore Co.D.IN Marche ha ricevuto dai pz. problemi in fase di misurazione , il glucometro non fornisce nessun valore dopo 5 secondi , inoltre dopo diversi minuti lo strumento con la striscia inserita dava risultati troppo alti	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore, richiamo dei dispositivi
UOC Farmacia	IVD-DISPOSITIVI AUTODIAGNOSTICI-D.L. vo 332/2000 Strumento ARIA per la misurazione del glucosio.	Misurazione della glicemia superiore di 40 punti rispetto a quelle ottenute con altri glucometri	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore, richiamo dei dispositivi
UOC Blocco Operatorio	Suturatrice cutanea- MDD-CLASSE IIA D.L. vo 46/97	La suturatrice si blocca e si spaccano durante l'utilizzo	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore
Farmacia Territoriale Moreschini	IVD- ALL. II Elenco B D.L. vo 332/2000 Strumento ARIA per la misurazione del glucosio.	Effettuando due o tre misurazioni consecutive la differenza di valore oscilla tra i 50 e i 90 punti in più . questo si ripercuote negativamente sulla terapia da effettuare ed i pz. non sanno quello che fare.	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore
Farmacia Territoriale Moreschini	IVD- ALL. II Elenco B D.L. vo 332/2000 Strumento ARIA per la misurazione del glucosio.	I glucometri danno misurazioni elevate ed eseguendo 2 misurazioni successive con la stessa goccia di sangue danno risultati differenti che vanno dai 20 ai 40 punti in più.	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore
UOC Cardiologia	MOD. Classe III- D.L. vo 46/97. Kit catetere venoso centrale pressure injectable arrowg+ard blue plus	"Il sig. C.P. di 54 anni, portatore di CVC a 3 vie pressure injectable-max 10ml/sec e positivo ad un batterio è stato sottoposto ad un esame TAC Cuore. Prima dell'esame l'infermiera di turno ha collegato il lume del cvc contrassegnato con colore marrone con scritta "pressure injectable-max	Comunicazione al responsabile della vigilanza Informativa al fabbricante/distributore

		10ml/sec" alla linea monouso dell'iniettore. E' stato impostato l'iniettore con i seguenti parametri: MDC 60 ml, flusso 4 ml/sec e soluzione fisiologica 50 ml, flusso 4 ml/sec. Durante l'infusione del mezzo di contrasto il grafico della pressione riportato sul monitor era nella norma. Alla fine dell'esame l'infermiera ha notato che il telino sul quale era stato posizionato il paziente era bagnato, la via del CVC utilizzata era lacerata per tutta la sua lunghezza e il morsetto non era presente."	
--	--	---	--

2.3.6 Reazioni trasfusionali

Nel 2024 ci sono state segnalate n. 10 reazioni avverse di cui 9 legate alla trasfusione di emazie concentrate e 1 caso da concentrato piastrinico da pool di buffy-cot; 4 casi sono stati caratterizzati da rialzo febbrile, in 3 casi comparsa anche di brivido, 1 caso di dispnea, 3 casi di tachicardia, 1 caso di orticaria, 1 caso di ipertensione, 1 caso di nausea e vomito, 2 casi di cefalea, 1 caso di epistassi, tosse e prurito.

Dei 10 casi 3 si sono verificati nella UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, 3 presso UOC Ortopedia e Traumatologia, 1 presso gli Ambulatori di Medicina, 1 in UOC Chirurgia generale, 1 in UOC Nefrologia e 1 presso l'INRCA.

2.3.7 Segnalazioni URP

Nel corso del 2024 le segnalazioni pervenute sono state 73 ed hanno riguardato 65 reclami e 8 encomi. I reclami hanno riguardato prevalentemente le tematiche relative a: prestazioni e cure (15), aspetti organizzativi (11), Umanizzazione e riservatezza (11), tempi di attesa (10) e problemi relazionali (10).

Tab.16 Anno 2024- SEGNALAZIONI PER MACRO AREE

	Reclami	Encomi
OSPEDALE	39	6
TERRITORIO	20	2
CUP REGIONALE	6	
TOTALE	65	8

GRAFICO 7 : AST FERMO SEGNALAZIONI PER MACRO AREE

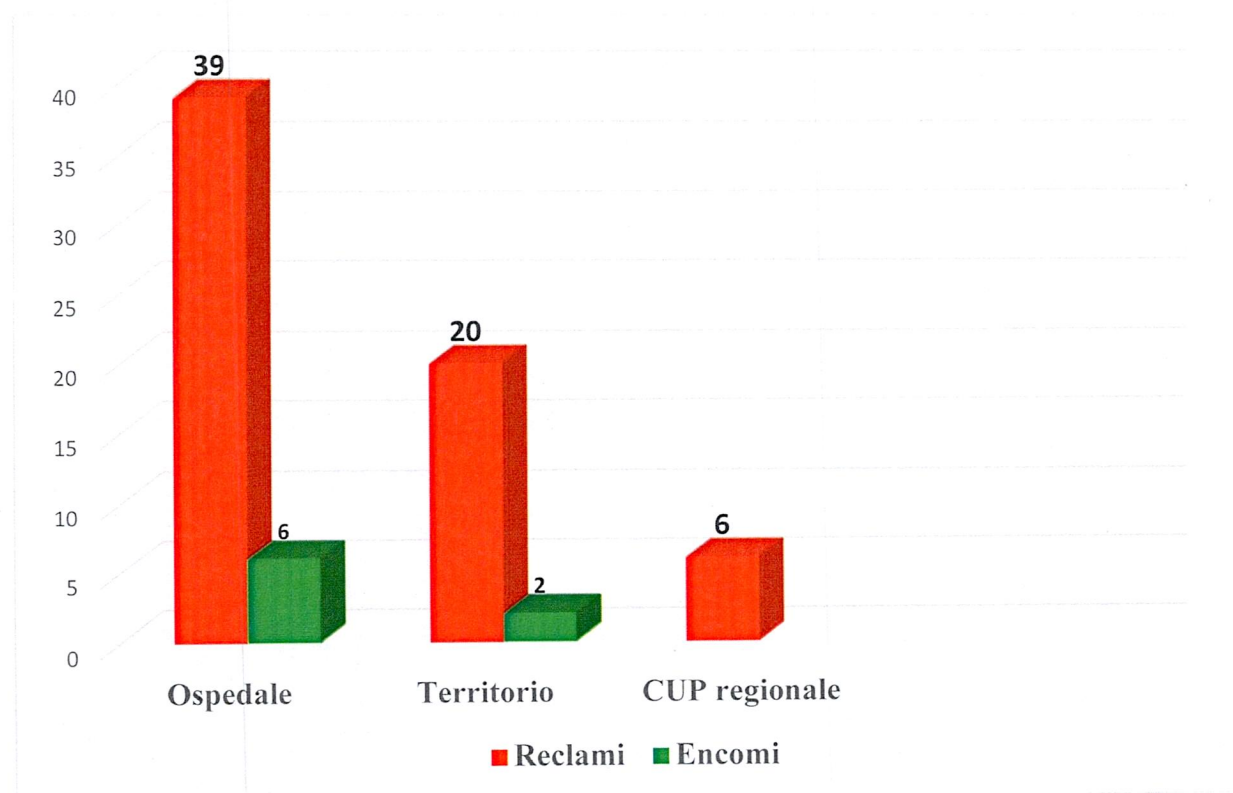
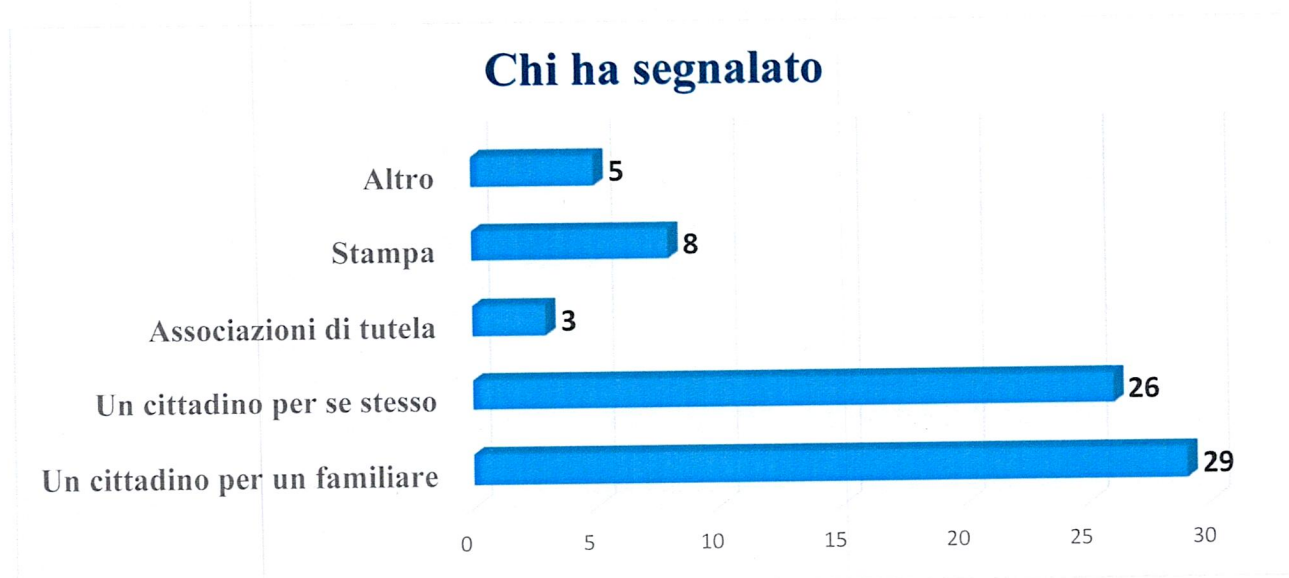


GRAFICO 8 : AST FERMO Chi ha segnalato



Tab.17 Anno 2024- Tipologia specifica dei reclami

TIPOLOGIA	NUMERO	SPECIFICA TIPOLOGIA
Aspetti alberghieri	2	Servizio bar Ristorazione
Aspetti burocratici	3	Accessibilità dei percorsi burocratici
Aspetti Organizzativi	11	Inadeguatezza dell'organizzazione
Encomi	8	
Informazioni Clinica e Orientamento	3	comunicazione non adeguata tra paziente e operatore
Prestazioni e Cure	15	Qualità e competenza professionale medica
Problemi relazionali	10	Sanitari e non sanitari
Tempi di Attesa	10	Attesa presso servizi
Umanizzazione e riservatezza	11	privacy- rispetto della persona

GRAFICO 8 : AST FERMOTipologia di reclamo/ Encomio

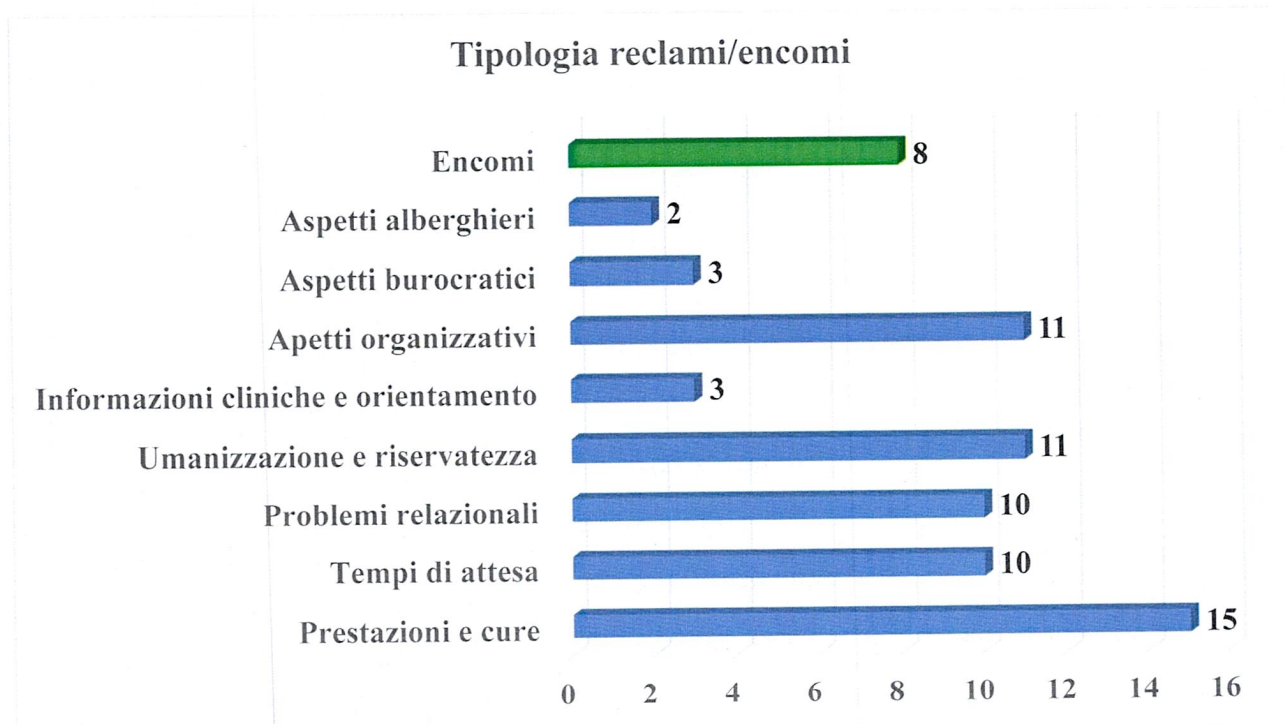


GRAFICO 9 : AST FERMO U.O. Ospedaliere

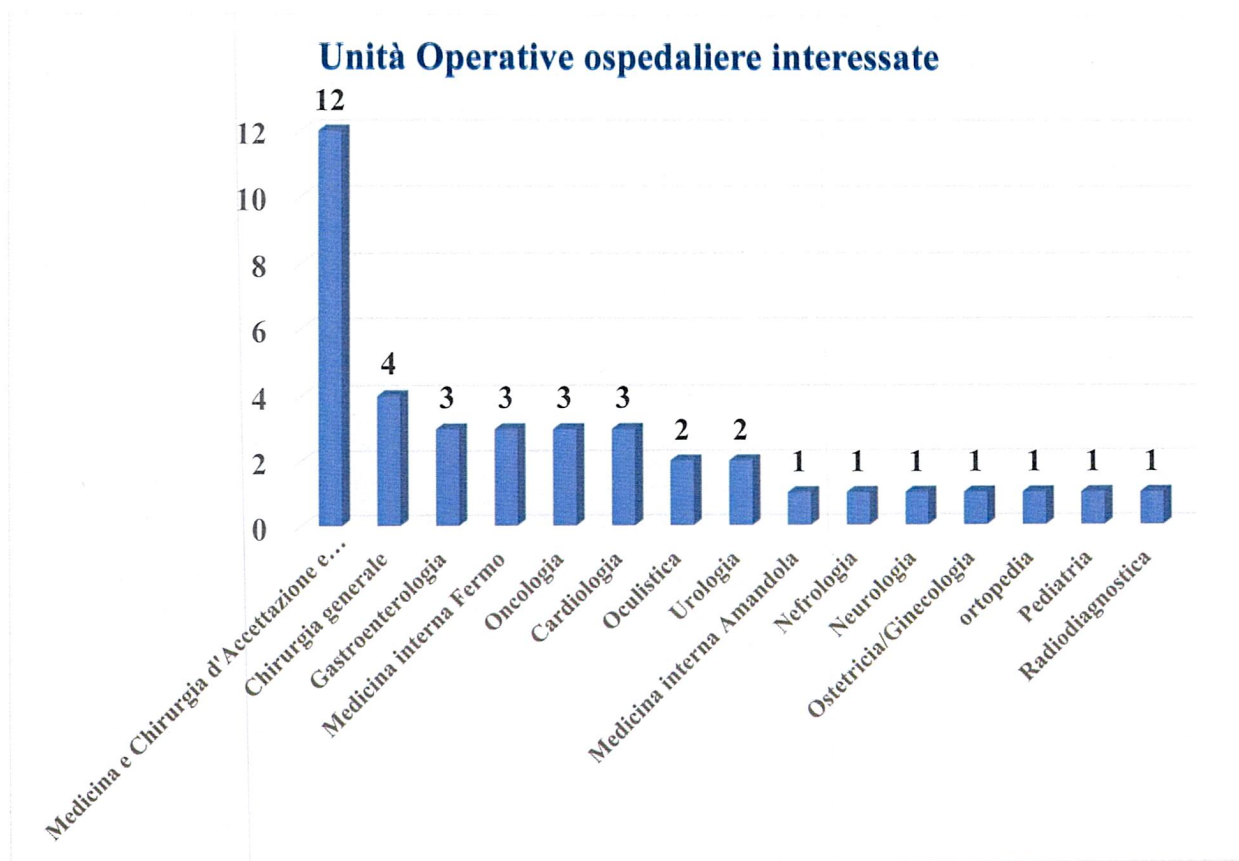
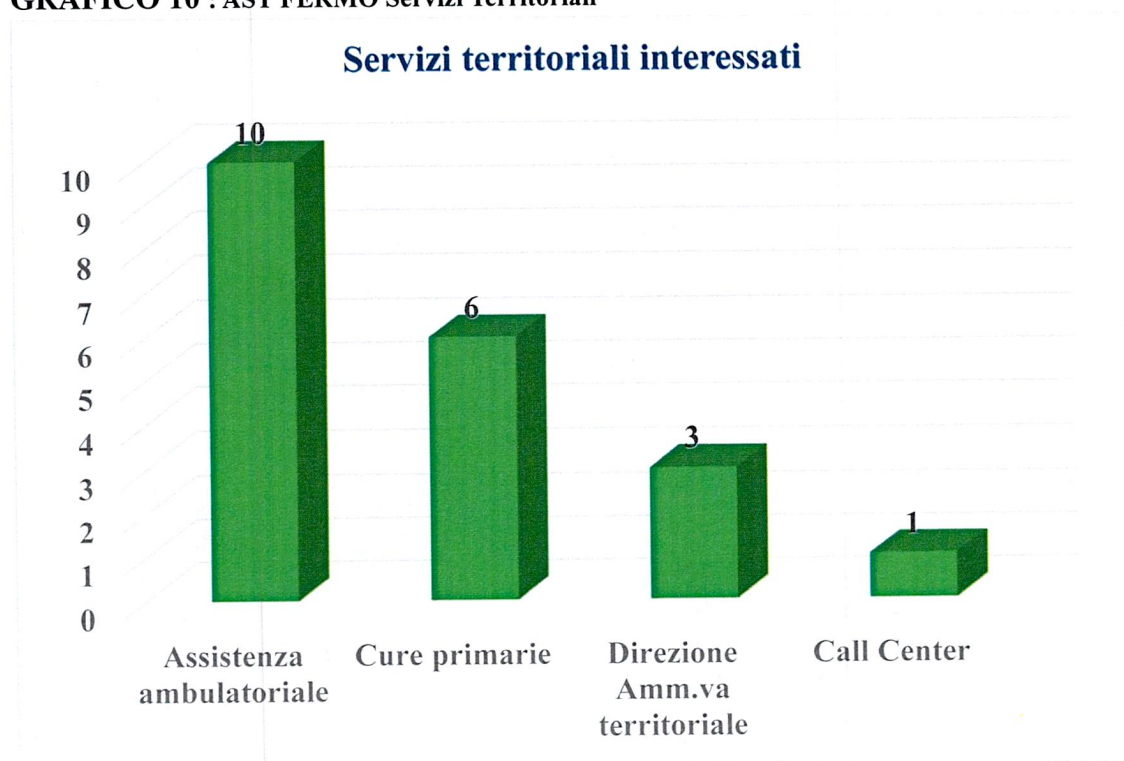


GRAFICO 10 : AST FERMO Servizi Territoriali



2.4 Altre attività

Vengono di seguito descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano prevalentemente sul versante pro-attivo del rischio clinico. Nel corso del 2024 si è proceduto ad effettuare una ricognizione delle attività e degli eventi formativi finalizzati alla prevenzione del rischio.

2.5 Formazione

L'attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel 2024 è stata finalizzata a trattare le seguenti tematiche:

Tabella 18 Attività formativa: Tematiche, edizioni e partecipanti

N.	Tipologia attività formativa	Titolo/Tematica	N. Edizioni	N. Partecipanti
1	Residenziale interattiva	Corso base rischio clinico "La promozione della cultura del rischio"	3	83
2	Residenziale interattiva	"Consenso informato e divulgazione nuova procedura aziendale"	1	31
3	Residenziale interattiva	"Autorizzazione all'esercizio e accreditamento"	2	82

2.6 Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute

Le 20 Raccomandazioni Ministeriali costituiscono un sistema di allerta per tutte le condizioni cliniche e assistenziali ad alto rischio di errore, si prefiggono di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori.

Tabella 19 Mappatura dello stato di avanzamento delle procedure relative all'applicazione delle raccomandazioni Ministeriali

Raccomandazione	Situazione
Raccomandazione n. 0 –Chek List sala Operatoria	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 2 - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 3 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura presente aggiornata 2024

Raccomandazione n. 5 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 6 - Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 7 - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura presente, aggiornata 2024
Raccomandazione n. 8 - Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 10 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Presente procedura trasporti secondari urgenti tempo dipendenti. Presente procedura trasporti secondari urgenti. Presente procedura trasporti intraospedalieri
Raccomandazione n. 12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 14 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura presente aggiornata 2024
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	Procedura presente aggiornata 2024
Raccomandazione n. 16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 17 - Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedura presente, revisione entro 2025
Raccomandazione n. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedura presente, aggiornata 2024
Raccomandazione n. 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura presente, revisione entro 2025

3 Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione viene presentata una relazione sintetica relativa alle attività previste dell'anno precedente, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

3.1 Attività a consuntivo PARS

Obiettivo: A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
A1 - Progettazione ed esecuzione di almeno quattro edizioni del corso di formazione Aziendale “LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DEL RISCHIO “	SI	Evidenze documentali dell’attività depositate presso l’Ufficio Formazione

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell’attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell’attività

Obiettivo: A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
A1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del corso di formazione Aziendale “ Consenso informato e divulgazione nuova procedura aziendale”	SI	Nella 1 edizione del 17 dic. 2024 sono stati formati n. 31 dirigenti medici. Le evidenze documentali dell’attività depositate presso l’Ufficio Formazione

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell’attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell’attività

Obiettivo: A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
A1 - Esecuzione di almeno una edizione del corso di formazione Aziendale “Autorizzazione all’esercizio e accreditamento”	SI	Evidenze documentali dell’attività depositate presso l’Ufficio Formazione

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell’attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell’attività

Obiettivo: B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
B1 Somministrazione questionario ai pazienti con colite ulcerosa e malattia di Crohn	SI	Evidenze documentali dell’attività depositate presso la UOC GCRC,
B2 Revisione procedura incident reporting	SI	Evidenza documentale presente presso la UOC GCRC,
B3 - Revisione Raccomandazione Ministeriale 7-12-18: Revisione 0.1	SI	Evidenze documentali depositate presso la UOC GCRC

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell’attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell’attività

Obiettivo: C) favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
C1- Progettazione di un incontro propedeutico alla revisione e applicazione della. RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE 17 con Direttori UU.OO. ed il coinvolgimento dei MMG e PLS	SI	Effettuato incontro il 17 dicembre 2024, evidenze documentali depositate presso la UOC GCRC

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell’attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell’attività

Obiettivo: D. Partecipazione alle attività regionali in tema di risk management		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
Partecipazione del referente aziendale rischio clinico alle riunioni indette dal Centro Regionale Rischio Clinico	SI	I verbali delle riunioni sono depositati presso l'Ufficio del Risk manager

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell'attività o Criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell'atti

4 Attività a consuntivo PAICA (Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza)

Gli obiettivi aziendali PAICA sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR).

Di seguito una tabella di sintesi contenente i risultati rispetto agli indicatori selezionati

Obiettivo A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata (SI/NO) ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
ATTIVITÀ A1 - Realizzazione di 36 edizioni corso modalità blended "prevenzione e controllo dell'infezioni correlate all'assistenza" (PNRR Mod.a-b-c) INDICATORE - 50% del personale formato STANDARD - 625 operatori FONTE – PNRR DGR n. 389 del 27/03/2023	SI	Sono stati formati n. 413 operatori sanitari Le evidenze documentali dell'attività sono depositate presso la UO Formazione

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

(B): Riferimenti e/o evidenze documentali dell'attività o criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell'attività

Obiettivo B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA		
Attività	Realizzata (SI/NO) ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
ATTIVITÀ 1 – Progetto cure pulite sono cure più sicure INDICATORE - Somministrazione di questionari/ indagine sul campo sull' appropriato lavaggio delle mani degli operatori sanitari. STANDARD - 90% FONTE - CICA	SI	Le evidenze documentali dell'attività sono depositate presso la DMO
ATTIVITÀ 2 – Prevenzione e trattamento infezioni cateterismo vescicale INDICATORE - Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024. STANDARD: 80%	SI	Sono state realizzate n. 6 edizioni e formati n. 117 operatori sanitari Le evidenze documentali dell'attività sono

ATTIVITÀ 3 - Corso blended con i referenti CICA per la raccolta del dato della prevalenza 2024 INDICATORE – N. Unità Operative aderenti/N. unità operative coinvolte STANDARD - 90% FONTE – CICA DMO	SI	depositate presso la UOC Formazione Le evidenze documentali dell'attività sono depositate presso CICA in DMO
ATTIVITÀ 4 - Aumento consumo di gel idroalcolico INDICATORE Consumo soluzione idroalcolica STANDARD: ≥ 20 litri / 1000 giornate di degenza FONTE – CICA DMO	SI	Dal Report eseguito dalla UOC Farmacia sull'analisi del consumo di gel idroalcolico da gennaio ad agosto 2024 si evince che l'utilizzo dello stesso è ancora sotto soglia, ad eccezione della Rianimazione. Le evidenze documentali dell'attività sono depositate presso la UOC Farmacia

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Tabella 20 –Matrice delle responsabilità.

AZIONE	Presidente CICA	Risk manager	Direttore UOC Affari Generali	Direttore generale	Direttore sanitario	Direttore amministrativo	Struttura di supporto
Redazione Piano Aziendale Rischio Sanitario (PARS)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione Piano Aziendale Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)	R	C	I	I	C	I	-
Risarcimenti erogati e posizione assicurativa	C	C	R	I	C	C	-
Adozione Piano	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio Piano sicurezza delle cure	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio Piano rischio infettivo	R	C	I	I	C	I	C

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

6 OBIETTIVI E ATTIVITA' DELLA SEZIONE RISCHIO CLINICO DEL PARS

I quattro obiettivi strategici sono i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- Migliorare l'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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

Le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi sono definite di seguito.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno tre edizioni del corso di formazione aziendale “Promozione della cultura del rischio” (della durata di quattro ore) rivolto a tutti gli operatori sanitari (in particolare i neoassunti e i trasferiti per mobilità)
INDICATORE Realizzazione edizioni del Corso
STANDARD Almeno 3 edizioni entro il 31.12.2025
FONTE DGRM 1854 del 3 dic. 2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno quattro edizioni del corso avanzato di formazione aziendale “Competenze e strumenti per i Referenti-Facilitatori per il rischio sanitario”, (della durata di 12 ore), rivolto a tutti i Referenti e i Facilitatori della gestione del Rischio sanitario			
INDICATORE Realizzazione d edizioni del Corso avanzato			
STANDARD Almeno 4 edizioni entro il 31.12.2025			
FONTE DGRM 1854 del 3 dic. 2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Formazione	Professionista esperto
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	C	C	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA			
ATTIVITÀ 1 – Revisione PDTA Ca colon retto			
INDICATORE Formalizzazione revisione entro il 31.12 2025			
STANDARD Evidenza formalizzazione			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore scientifico PDTA	Gruppo di lavoro
Coordinamento PDTA	R	C	C
Descrizione contenuti del PDTA	I	C	R
Progettazione sistema di monitoraggio	C	C	R
Validazione sistema monitoraggio	C	R	C
Formalizzazione del PDTA	C	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA			
ATTIVITÀ 2 – Realizzazione PDTA Scompenso cardiaco			
INDICATORE Formalizzazione PDTA entro il 31.12 2025			
STANDARD Evidenza formalizzazione			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			

Azione	Risk Manager	Coordinatore scientifico PDTA	Gruppo di lavoro
Coordinamento PDTA	R	C	C
Descrizione contenuti del PDTA	I	C	R
Progettazione sistema di monitoraggio	C	C	R
Validazione sistema monitoraggio	C	R	C
Formalizzazione del PDTA	C	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 3 – Applicazione Raccomandazione ministeriale n. 6: revisione procedura Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2025		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Gruppo di lavoro
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	C	R
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	R	C
Formalizzazione della procedura	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 4 – Applicazione Raccomandazione ministeriale n. 16: revisione procedura Raccomandazione per la prevenzione della morte e disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2025		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Gruppo di lavoro
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	C	R
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	R	C
Formalizzazione della procedura	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 5 – Applicazione Raccomandazione ministeriale n. 17: revisione procedura Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2025		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Gruppo di lavoro
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	C	R
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	R	C
Formalizzazione della procedura	R	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ 1 – Applicazione Raccomandazione ministeriale n. 8: revisione procedura Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2025		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Gruppo di lavoro
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	C	R
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	R	C
Formalizzazione della procedura	R	C

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

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
ATTIVITÀ 1 - Partecipazione del referente aziendale Rischio clinico alle riunioni indette dal Centro Regionale Gestione del Rischio Sanitario (CeRGeRS)		
INDICATORE N° presenze sul totale delle riunioni convocate dal CeRGeRS		
STANDARD 90%		
FONTE		

Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	CeRGeRS
Convocazione Riunione	I	R
Partecipazione all'incontro	R	C
Verbalizzazione	I	R

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

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (PAICA)

Gli obiettivi individuati per le attività relative alla gestione del rischio infettivo sono i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1 - Realizzazione di 25 edizioni corso modalità blended "Prevenzione e controllo dell'Infezioni Correlate all'Assistenza" (PNRR Mod.a)

INDICATORE

Rimanente

Rimanente % operatori sanitari da formare

STANDARD

227 operatori sanitari

FONTE

PNRR DGR 389 del 27/3/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Regione	Gruppo CICA	Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	C	R
Esecuzione del corso	I	C	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 2 - Realizzazione di evento formativo sulle infezioni gastroenteriche e dei tessuti molli rivolta ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS)

INDICATORE

Partecipazione dei MMG e PLS all'evento

STANDARD

almeno il 70% del totale dei MMG e PLS

FONTE

Piano CICA 2025

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Dirigente medico infettivologo	Gruppo CICA	Formazione
Progettazione dell'evento	C	R	C

Accreditamento dell'evento	I	C	R
Esecuzione dell'evento	R	C	I

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

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 1 – Partecipazione all'indagine regionale studio di prevalenza da effettuarsi nei mesi di maggio e novembre 2025

INDICATORE

N° di UU.OO. aderenti/N° UU.OO. coinvolte

STANDARD

≥95%

FONTE

Regione Settore Prevenzione Promozione della Salute in collaborazione con Istituto Igiene UNIVPM

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Gruppo Operativo CICA	Presidente CICA	Istituto di Igiene UNIVPM
Raccolta dati	R	C	I
Elaborazione dati	I	I	R
Diffusione Reportistica locale	C	R	I

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

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 2 – Aumento consumo di gel idroalcolico

INDICATORE

Consumo soluzione idroalcolica

STANDARD

≥20 litri / 1000 giornate di degenza

FONTE

CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Gruppo Operativo CICA	Presidente CICA	Farmacia
Raccolta dati	I	I	R
Elaborazione dati	C	I	R
Diffusione Reportistica locale	C	R	C

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

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 3 – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico con particolare riguardo alla appropriata somministrazione di antibiotico profilassi perioperatoria

INDICATORE

Aggiornamento protocollo aziendale sulla antibiotico profilassi perioperatoria sulla base delle indicazioni regionali, nel caso in cui non fosse allineato.

STANDARD

Formalizzazione e diffusione protocollo alle UU.OO. interessate.

FONTE

CICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Gruppo Operativo CICA	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	C	R	I
Elaborazione dati	C	R	I
Diffusione Reportistica locale	C	R	I

8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

La diffusione del documento verrà attuata tramite la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente.

Si ringrazia la Dr.ssa Elisabetta Vittori, Funzione Organizzativa Governo Clinico Rischio Clinico, per la collaborazione alla stesura del PARS.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
2. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
3. 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";
4. 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";
5. 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"
6. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
7. 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";
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
9. 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";
10. 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".
11. Decreto del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria n. 86/ARS del 20/12/2018 "Composizione dell'Unità di Coordinamento Regionale del Centro per la gestione del Rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla DGR n. 1093 del 06/8/2018";
12. DGR n. 127 del 13.02.2019 "Linee di indirizzo regionali per la Formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 ".
13. DGR n. 10 del 20/01/2020 "Sviluppo regionale dell'attività finalizzata alla sicurezza delle cure: definizione degli standard operativi per le aziende sanitarie del SSR"
14. DM 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022);
15. DGR n. 264 del 4.03.2024 "Modifica alla DGRn. 1093 del 6.08.2018, concernente: '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' (art. n.2 comma 4) – Istituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente". Sostituzione allegato A – Attuazione nomina del Coordinatore e dei componenti del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente.
16. DGR n. 1854 del 3.12.2024 "L. 208/2015 e L. 24/2017- 'Linee di indirizzo regionali per la formazione del personale nell'ambito del rischio sanitario e la sicurezza del paziente anni 2025-2027'"
17. DGR n. 736 del 26 maggio 2025 "Linee di indirizzo per la redazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e indicazioni operative per la trasmissione del documento redatto dai singoli Enti del SSR all'ARS ambito rischio clinico".

9 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
3. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
4. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza