



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

Anno 2024

Rev.	Data	Natura della Revisione	Pagine
0.0	30/5/2024	Emissione	35

STESURA	VERIFICA	APPROVAZIONE
Dr. Andrea Vesprini Direttore UOC Governo clinico Rischio clinico	Dr.ssa Elisa Draghi Direttore Sanitario Aziendale	Dr. Roberto Grinta Direttore Generale

1	INTRODUZIONE	3
1.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	7
2.1	Sinistrosità e risarcimenti erogati	8
2.1.1	Descrizione della posizione assicurativa.....	8
2.2	Eventi	8
2.2.1	Eventi Sentinella	8
2.2.2	Eventi significativi non sentinella	9
2.2.3	Eventi caduta	13
2.2.4	Reazioni avverse da farmaci	18
2.2.5	Vigilanza dispositivi medici	19
2.2.6	Reazioni trasfusionali.....	20
2.2.7	Segnalazioni URP	20
2.3	Altre attività	21
2.4	Formazione	22
2.5	Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute	22
3	Resoconto delle attività del piano precedente	24
3.1	Attività a consuntivo PARS	24
4	Attività a consuntivo PAICA (Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza)	26
5	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	27
6	OBIETTIVI E ATTIVITA' DELLA SEZIONE RISCHIO CLINICO DEL PARS	27
7	OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (PAICA)	33
8	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	34
9	RIFERIMENTI NORMATIVI	34
10	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	35

1 INTRODUZIONE

La 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” nell’art.1 definisce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e delle collettività. Il comma 2 dell’ art.1 evidenzia l’approccio alla sicurezza delle cure non più incentrato sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull’ organizzazione nel suo complesso. La sicurezza non dipende solo dalle persone, dalle tecnologie e dall’organizzazione, essa emerge soprattutto dall’interazione tra loro.

Nei sistemi sanitari ove la complessità delle organizzazioni, l’elevato livello tecnologico, l’elevato numero di prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono tematiche fondamentali.

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 riferimento del CeRGeRS, è stato unificato e 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 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 01/01/2024 è pari a **167.628** distribuita in 40 Comuni e in 1 Distretto, con una densità di 194 abitanti per Km². La distribuzione per classi di età, per gli anni 2022 e 2023, dell’Azienda Sanitaria Territoriale è riportata nella tabella seguente:

Rilevazione al	Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni		45-64 anni	65-74 anni	75+ anni	TOTALE
01/01/2023	987	4.339	13.915	27.111	(M)	51.410	21.213	23.190	167.824
				25.659	(F)				
01/01/2024	960	4.214	13.695	27.191	(M)	51.316	21.378	23.434	167.628
				25.440	(F)				

Fonte ISTAT

Il dato ISTAT circa la speranza di vita a 0 anni, per l’anno 2022 (ultimo dato disponibile) indica per la provincia di Fermo 82 anni per i maschi e 85,6 per le femmine, valori superiori sia ai valori regionali (81,2 e 85,4) che nazionali (80,6 e 84,8).

L’indice di vecchiaia, per l’anno 2024, determinato come rapporto tra il numero di ultrasessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari a 237,5 e risulta in crescita rispetto all’anno precedente (230,8).

Al 01/01/2024 gli ultrasessantacinquenni dell'AST Fermo sono 44.812 e rappresentano il 26,7% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato al valore regionale che è 26,2% e superiore al valore nazionale che si attesta al 24,3%.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI FERMO			
DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	862,75 Km ²	Popolazione residente	167.628
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		

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	12
11000401	94	12	TERAPIA SEMINTENSIVA	0	0	6
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

Fonte HSP 12

Volumi attività di ricovero

Stabilimento di Fermo							
Unità Operativa Dimissione	Ordinari			Diurni			TOTALE
	Dimessi	Peso (media)	Degenza (media gg)	Dimessi	Peso (media)	Accessi	Dimessi
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	59	3,95	9,86				59
U.O.C. Cardiologia	595	1,66	6,88	89	1,25	89	684
U.O.C. Chirurgia Fermo	638	1,82	6,48	181	0,85	181	819
U.O.C. Gastroenterologia	445	1,21	9,45				445
U.O.C. Malattie Infettive	326	1,45	17,21				326
U.O.C. Malattie Infettive CoViD	9	1,63	18,67				9
U.O.C. Medicina Fermo	1.024	1,59	15,66	25	1,30	314	1.049
U.O.C. Nefrologia e Dialisi	149	1,65	17,40				149
U.O.C. Neurologia	295	1,69	13,32				295
U.O.C. Oculistica	9	0,77	5,89	208	0,81	208	217
U.O.C. Oncologia				1.020	1,09	13.482	1.020
U.O.C. Ortopedia	794	1,55	8,13	223	1,27	223	1.017
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	1.276	0,66	3,25	357	0,84	357	1.633
U.O.C. Otorinolaringoiatria	321	0,97	2,96	120	0,98	120	441
U.O.C. Pediatria	305	0,95	5,04	7	0,55	15	312
U.O.C. Pediatria (Nido)	563	0,29	2,47				563
U.O.C. Psichiatria	335	0,71	13,26	4	0,78	59	339
U.O.C. Urologia	1.137	1,56	4,09	169	1,18	169	1.306
U.O.S. Odontostomatologia				20	1,30	20	20
U.T.I.C.	32	1,55	6,47				32
Totale Stabilimento	8.312	1,29	7,84	2.423	1,04	15.237	10.735
Stabilimento di Amandola							
U.O.C. Medicina Amandola	329	1,55	18,70				329
Totale Stabilimento	329	1,55	18,70				329
TOTALE	8.641	1,30	8,25	2.423	1,04	15.237	11.064

AREA MATERNO INFANTILE	Num
Parti	604
Tagli Cesari	218

Prestazioni Ambulatoriali per pazienti Interni

	Num
Radiologia	60.085
Laboratori Analisi	2.327.824

Prestazioni Ambulatoriali per pazienti Esterni

Tipo Prestazione	Num
D-Diagnostica	144.682
L-Laboratorio	2.633.849
R-Riabilitazione	101.096
T-Terapeutica	100.691
V-Visite	180.737
Totale	3.161.055,00

Accessi Pronto Soccorso Fermo

	Numero	% sul Tot
1=Rosso	1189	3,20%
2=Arancione	3097	8,33%
3=Azzurro	12978	34,92 %
4=Verde	18672	50,27%
5=Bianco	1227	3,30%
N=Nero	4	0,01%
Totale complessivo	47.715	100,00%

OFFERTA TERRITORIALE			
Distretto	Denominazione strutture	Tipologia assistenziale	P.L. RSA
Fermo	RSA Petritoli	R2	20
Fermo	RSA Amandola	R2	19
Fermo	Centro per cure palliative (hospice) Montegranaro	CRCP	10
Fermo	Cure intermedie Ospedale di comunità Montegiorgio	R1	20
Fermo	Cure intermedie Sant'Elpidio a Mare	R1	20
Fermo	RSR Porto San Giorgio	R2D1.3	14
Fermo	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'Unità Operativa Governo Clinico Rischio Clinico dell'AST Fermo nell'anno 2023, 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 nell'ultimo triennio nell'AST Fermo (Tabella 1)

Tabella 1 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo triennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	Numero di sinistri "sanitari" aperti nell'anno	Numero 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	
2023	23	2	€29.402

2.1.1 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).

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N (e % di cadute all'interno della categoria di evento)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento**	Fonte del dato
Near Miss	9 (7,2%)	0 (0 %)	Personale 25%) Paziente(22,9%) Struttura (10,4 %) Tecnologici (0 %) Organizzativi (16,7%) Comunicazione (4,2%)	Tecnologiche (4,2 %) Organizzative (29,2%) Comunicazione (66,7%)	100% - Sistemi di reporting
Eventi Avversi	103* (82,4%)	77 (74,7%)			
Eventi Sentinella	13 (10,4%)	8 (61,54%)			

* nel dato sono comprese anche le cadute escluse le cadute deegli eventi sentinella

**nel conteggio delle azioni di miglioramento sono state conteggiate anche 11 azioni riferite agli eventi avversi.

2.2 Eventi

2.2.1 Eventi Sentinella

Nel corso del 2023 sono stati segnalati n.13 eventi per il sistema SIMES, come di seguito rappresentati(Tabella 3)

Tabella 3 Eventi sentinella- anno 2023

N.	Tipologia Evento*	N. Eventi	Iniziative poste in essere	
			N. SEA	Azioni di miglioramento
1	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	2	2	Rivalutazione periodica multidisciplinare del pz. critico che manifesti sintomi in acuzie al fine di confermare o modificare l'appropriatezza del setting assistenziale, nelle strutture residenziali (RSA).

				Somministrazione della scala sulla valutazione del rischio suicidario (SSI), ai pz. ricoverati in strutture residenziali qualora si rilevi un'ideazione autolesiva
2	Atti di violenza a danno degli operatori	2	2	Attività di rinforzo della procedura legata alla prevenzione degli atti di violenza a danno di operatori (Raccomandazione Ministeriale 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari") Corso formativo sul significato dell'origine dell'aggressività e tecniche di de-escalation da parte degli operatori sanitari e sociali del DSM.
3	Ogni altro evento avverso che causa grave danno al paziente	1	1	Modifica della "Scheda di sicurezza del paziente in sala operatoria" in uso nel blocco operatorio, con l'integrazione di informazioni riguardanti orientamento spazio temporale, livello di collaborazione e presenza di contenzione.
4	Morte o grave danno per caduta di paziente	8	8	In 4 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; attività di rinforzo sulla conoscenza della procedura aziendale legata alla Raccomandazione Ministeriale 13 con particolare riferimento all'utilizzo corretto della scala di Conley per la valutazione del rischio caduta negli assistiti In 1 caso; aumentare nel Distretto territoriale la cartellonistica informativa per incentivare i pz. con fragilità all'uso dell'ascensore. In 1 caso; dopo incontro con la DMO, si è regolamentata con nota la presenza del carger nei casi di grave patologia cognitiva-comportamentale. In 1 caso accaduto nella UOC Oncologia, dopo Audit si è ritenuto non necessarie azioni correttive, si è comunque consigliato il rinforzo formativo sulla procedura per la prevenzione della caduta.

2.2.2 Eventi significativi non sentinella

Un evento avverso, è un *"Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente"*. Gli eventi avversi sono spesso il risultato di varie componenti: umane, tecnologiche, organizzative, procedurali e culturali. A causa di questa complessità, gli eventi avversi sono difficili da valutare e richiedono un attento studio, in modo da poter mettere in atto, quando possibile, specifici interventi preventivi.

L'evento avverso può essere arginato attraverso iniziative di conoscenza ed analisi dell'errore, monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore e sostegno attivo in tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interezza del processo clinico assistenziale.

La sicurezza del paziente deriva dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione), sia di recuperare e contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano (protezione).

Attraverso la raccolta delle schede per le segnalazioni di eventi avversi vengono raccolte una serie di informazioni fondamentali per uno studio a posteriori degli incidenti e per cercare di individuare i rischi sui quali occorre intervenire in modo prioritario al fine di prevenirne l'accadimento futuro.

Nell'AST Fermo è attivo un sistema di segnalazione e monitoraggio degli eventi avversi attraverso la compilazione di un'apposita scheda di segnalazione. Nell'anno 2023 sono state effettuate 26 segnalazioni di eventi avversi.

Nel *Grafico 1* sono riportate le Unità operative/servizi che hanno segnalato, delle 26 segnalazioni pervenute 10 (38%) sono stati definiti *Evento Avverso*, 7 (27%) *Quasi Evento (Near Miss)* e 9 (35%) *Evento senza Esito*. (*Grafico 2*)

GRAFICO 1: AST FERMO- ANNO 2023

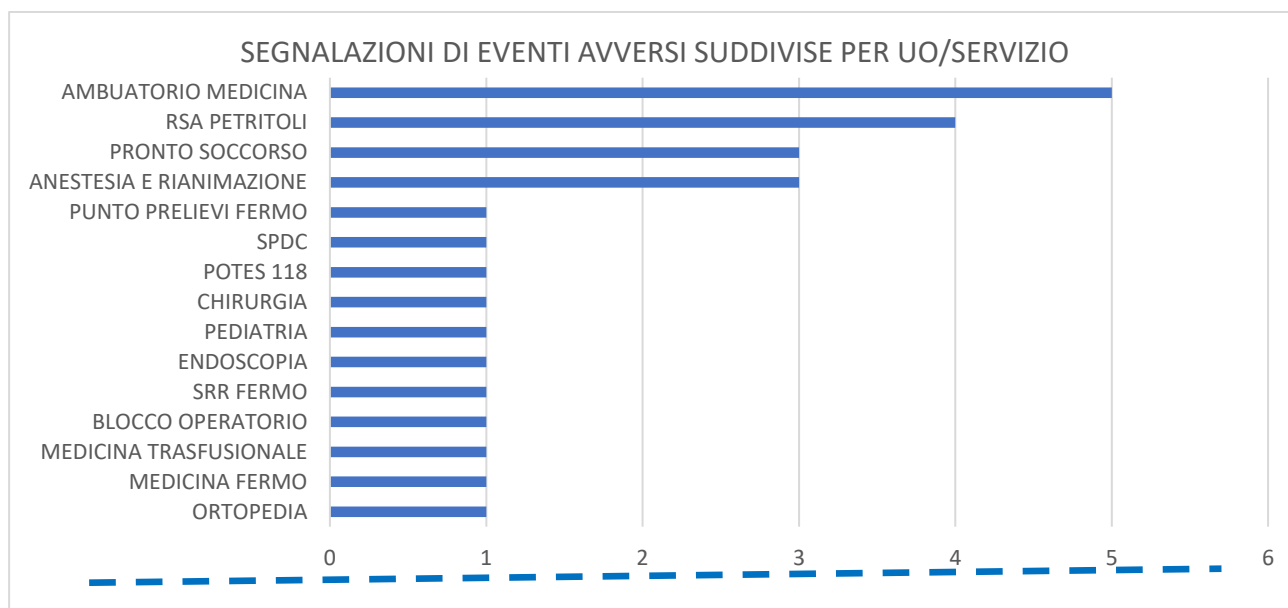
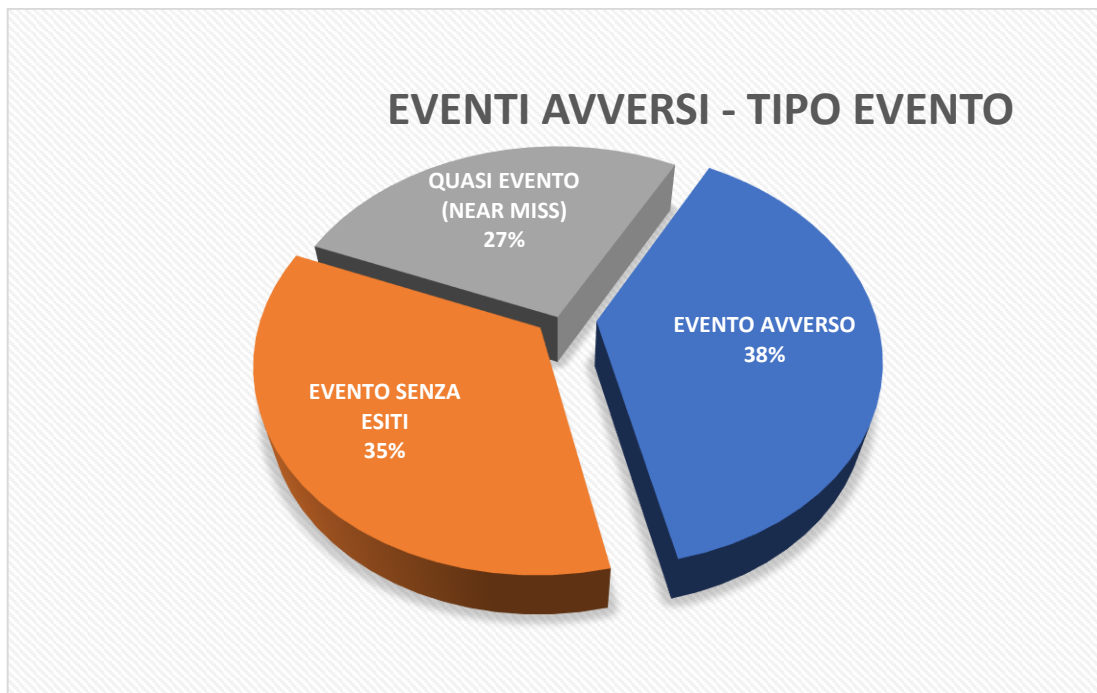


GRAFICO 2: AST FERMO ANNO 2023



Per quanto riguarda i fattori che possono aver contribuito all'evento avverso (si precisa che nella segnalazione è possibile indicarne più di uno) nelle 26 schede sono stati estratti i fattori contribuenti segnalati e sono stati riportati nel dettaglio nella tabella sottostante (*Tabella4*)

Tabella 4 AST FERMO-FATTORI CONTRIBUENTI EVENTI AVVERSI ANNO 2023

FATTORI CONTRIBUENTI	Numero fattori	Percentuale
Legato al personale	12	25,0%
Legato al paziente	11	22,9%
Altro	10	20,8%
Legato all'organizzazione	8	16,7%
Legato alla Struttura	5	10,4%
Legato alla comunicazione	2	4,2%
TOTALE	48	100%

Grafico 3:analisi dei fattori contribuenti (per gli eventi del quadriennio 2020 – 2023)

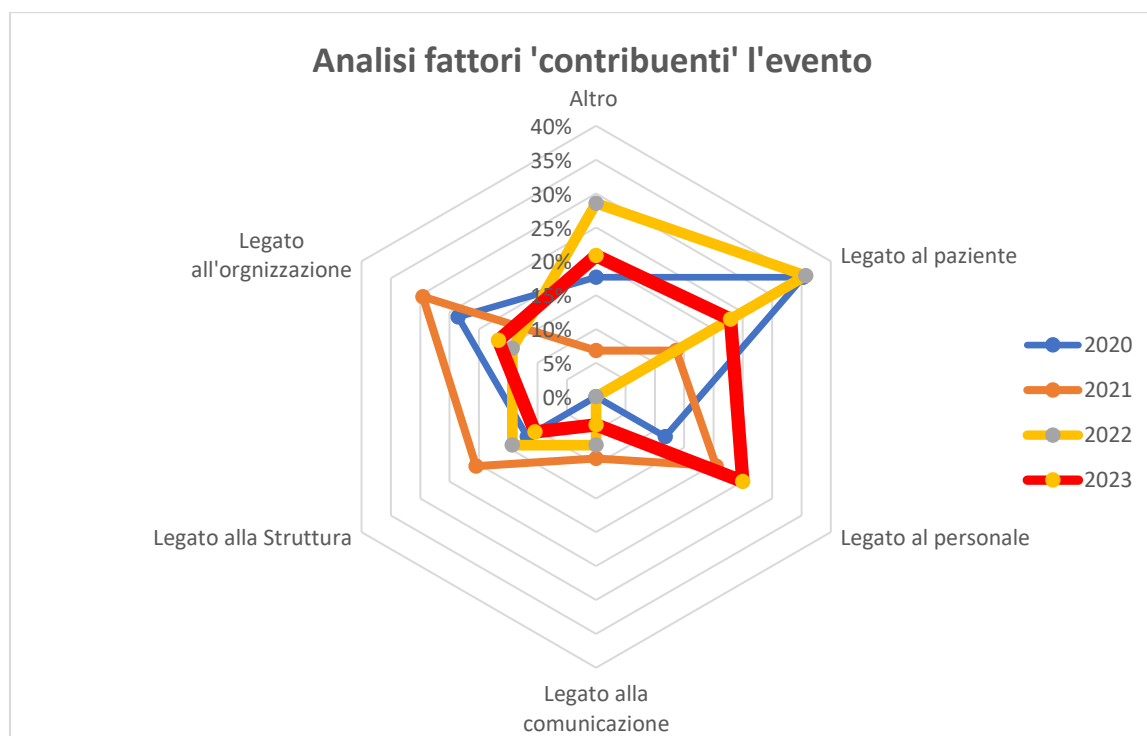


TABELLA 5: SEGNALAZIONE EVENTI PER TIPO DI ACCESSO ANNO 2023

TIPO DI ACCESSO	N°
PRESTAZIONE AMBULATORIALE	6
RICOVERO RESIDENZIALE	5
RICOVERO ORDINARIO	5
P.S.	5
ALTRO	3
RICOVERO DH	2
TOTALE	26

GRAFICO 4: % SEGNALEZIONE EVENTI PER TIPO DI ACCESSO ANNO 2023



2.2.3 Eventi caduta

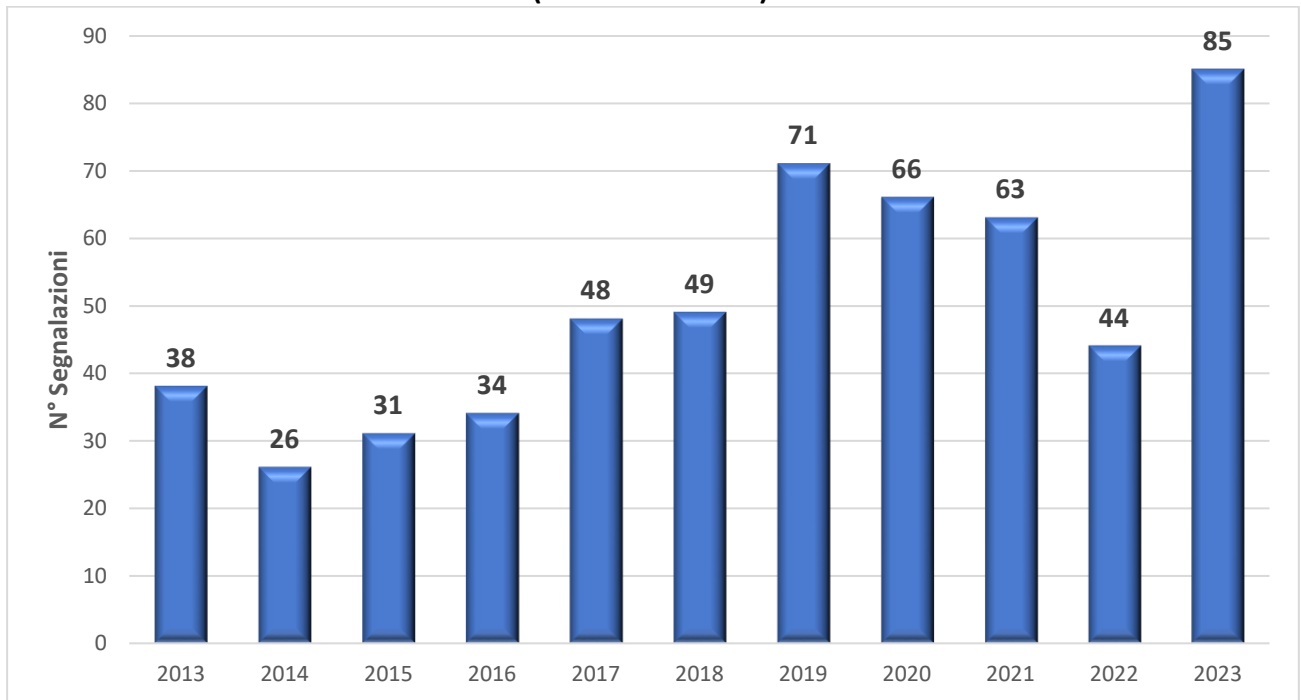
Nella AST Fermo è attivo dal 2011, un sistema di segnalazione e monitoraggio delle cadute, questo consente una valutazione dell'andamento del fenomeno.

Indicativamente la segnalazione avviene il giorno stesso dell'evento. L'andamento del fenomeno nel periodo di monitoraggio è evidenziato nel *Grafico 5* ed in particolare nell'ultimo anno sono state registrate 85 segnalazioni di cadute accidentali (0,77%) di cadute sul n. totale di ricoveri anno).

Rispetto invece all'incidenza delle cadute in base alle giornate di degenza si rileva un valore di 0,73% ogni 1000 giornate di degenza.

Nel grafico sottostante viene mostrato il numero di cadute segnalate negli ultimi 10 anni

**GRAFICO 5: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI
(ANNI 2013-2023)**



Nel *Grafico 6* si evidenzia come negli anni le cadute si siano verificate maggiormente nella macroarea ospedale rispetto alla macroarea territorio, mentre nel *Grafico 7* notiamo come nel 2023 il reparto in cui si è segnalato il numero maggiore di cadute è Medicina Multidisciplinare (17; 20,0%) seguito da Pronto Soccorso, Medicina Interna Fermo e RSA Petritoli (9; 10,6%).

**GRAFICO 6: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI SUDDIVISE PER MACROAREA
(ANNI 2020-2023)**

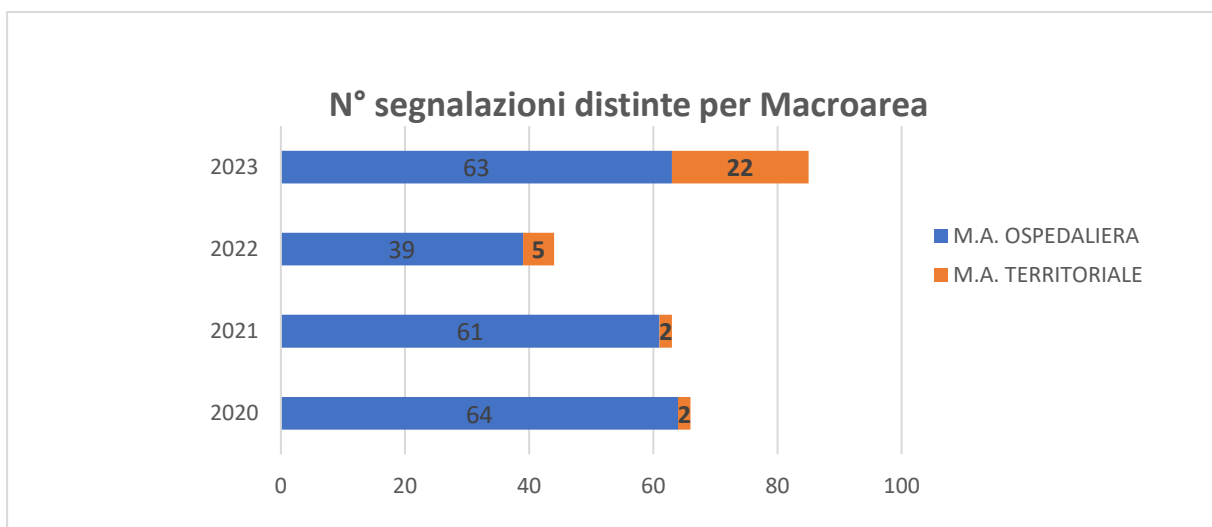
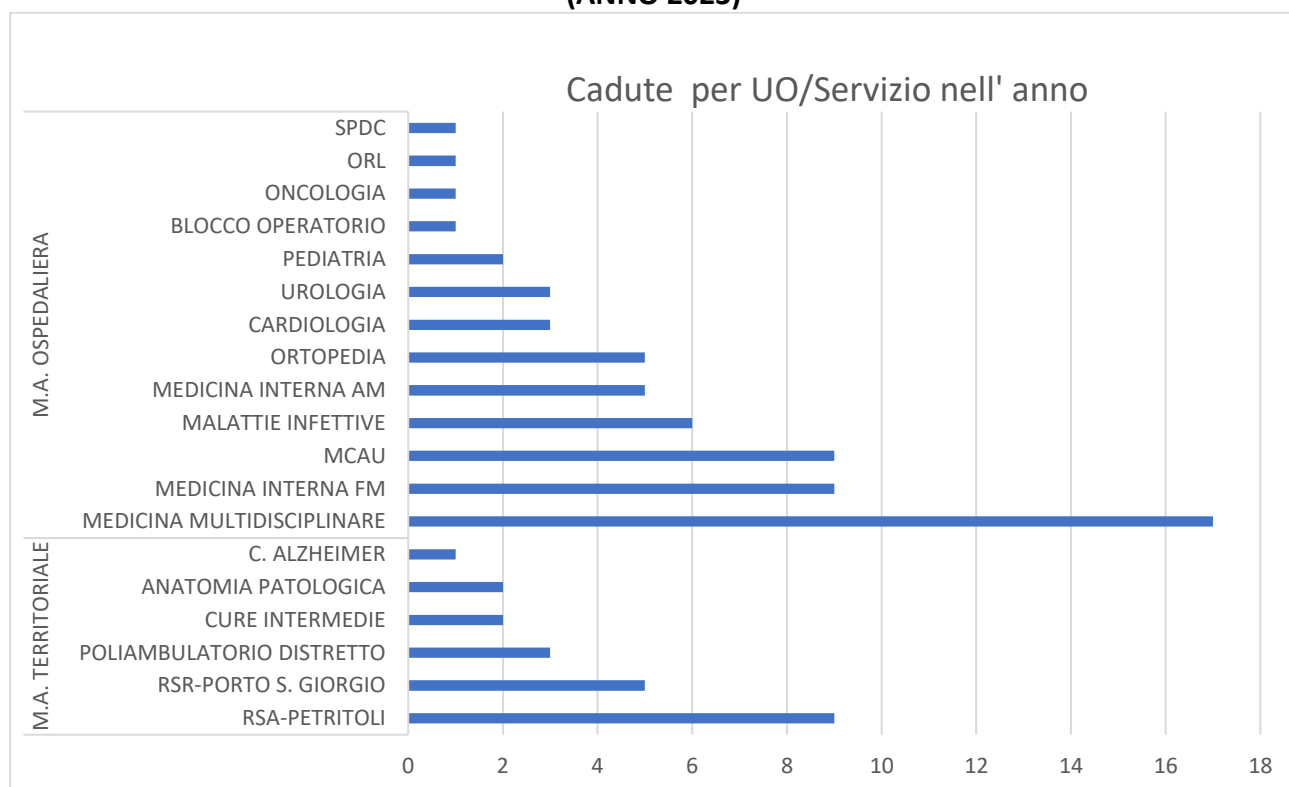


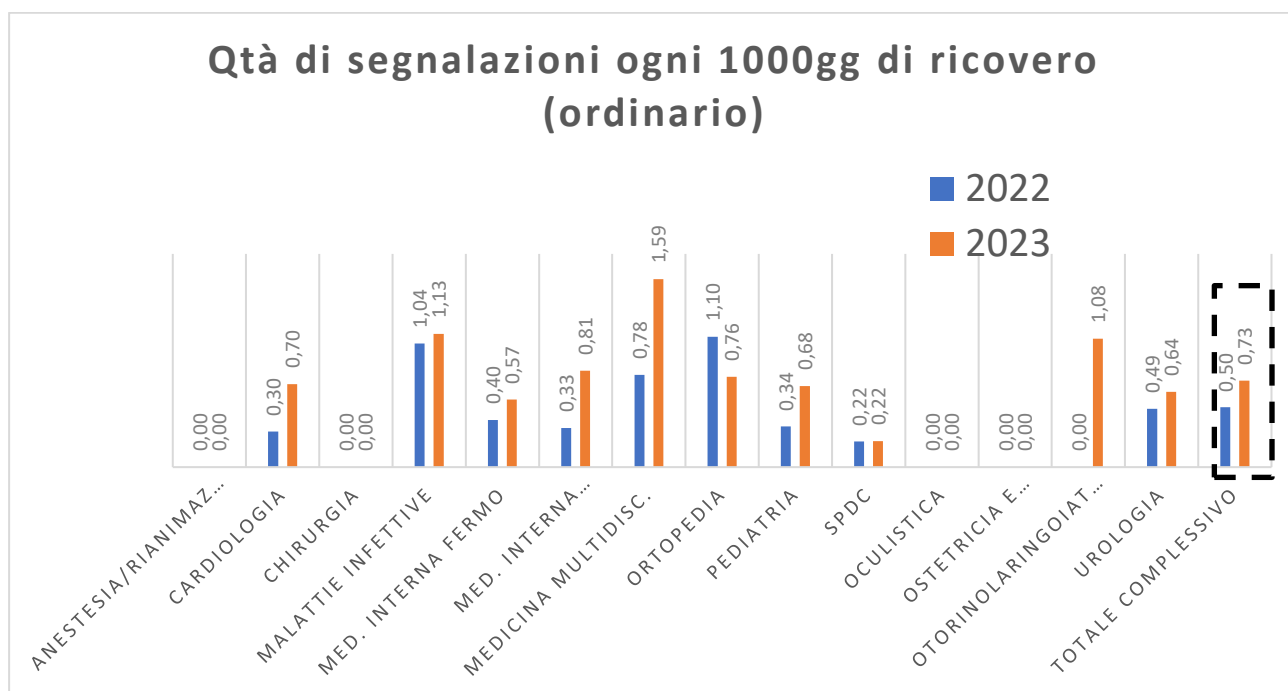
GRAFICO 7: AST FERMO – SEGNALAZIONI DI CADUTE ACCIDENTALI SUDDIVISE PER U.O/SERVIZIO (ANNO 2023)



La frequenza delle cadute per UO rappresentata nel *Grafico 7*, 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 8* mostra il confronto con l'incidenza del 2022 e del 2023.

GRAFICO 8: AST FERMO – INCIDENZA DELLE CADUTE PER 1000 GIORNI DI DEGENZA ANNI

2021-2023



L'età media degli 85 soggetti caduti è 67,3 anni (Dev.St. 22,9).

I maschi sono 53 (62,35%) e presentano un'età media pari a 67 anni (Dev.Std 22,2).

Le femmine sono 32 (37,65%) e presentano un'età media pari a 67,8,aa (Dev.Std 24,3).

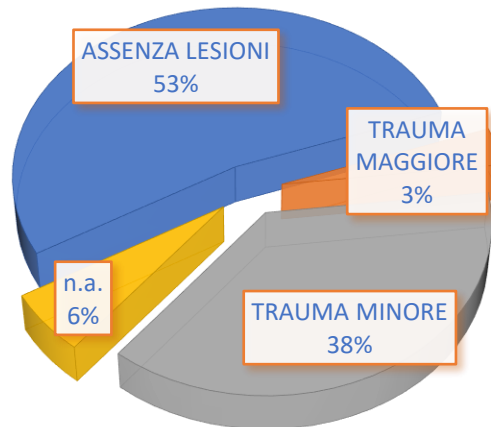
La scala di valutazione è stata rilevata su 69 pz., 27 risultavano avere un rischio 'basso' (≤ 1) mentre per 42 di essi si registra un rischio 'alto' (≥ 2).

La giornata in cui si registrano il maggior numero di cadute (20) risulta essere il giovedì (23,5%) e principalmente nella fascia oraria notturna (42; 49,41%). La frequenza minore, giorno in cui si registrano meno cadute resta essere la domenica (5, 5,88%).

Il luogo più frequente dove si cade risulta essere la camera (59; 69,41%); segue il bagno con (11,76%) a significare che il 80 % delle cadute si registra in questi due ambienti.

Delle 85 cadute 45 sono risultate senza lesioni: 32 hanno provocato traumi minori e solo 5 sono risultate con trauma maggiore. (Grafico 9)

DISTRIBUZIONE PER 'ESITO' DELLE CADUTE



La riflessione che ci siamo posti nell'analizzare i numeri degli eventi è stata quella di considerare quanto la formazione di base effettuata in questi anni abbia aumentato la cultura del rischio clinico e sensibilizzato gli operatori sanitari a segnalare.

Il personale sanitario 'formato' ultimi 2 anni è stato di 427 operatori.

Un'obiettivo della UOC Rischio Clinico sarà quello di monitorizzare negli anni il trend di segnalazione affinché le azioni messe in pratica possano sempre più azzerare i rischi prevenibili.

2.2.4 Reazioni avverse da farmaci

Nel 2023 sono state segnalate 38 reazioni avverse a farmaci di cui 6 gravi (15.79 %). Le segnalazioni sono state effettuate prevalentemente dal medico 31 (78,95 %)

I dati sono riportati nella Tabella 6.

Tab.6 AST FERMO anno 2023: Reazioni avverse a farmaci (ADR Adverse Drug Reaction)

ADVERSE DRUG REACTION ANNO 2023		
SESSO	N.	%
M	13	34,21
F	25	65,79
TOT.	38	100
GRAVITA'	N.	%
Grave	6	15,79
Non grave	32	84,21
TOT.	38	100
GRAVITA'	N.	%
Non grave	32	84,21
Ospedalizzazione o suo prolungamento		
Invalidità grave o permanente		
Pericolo di vita	3	7,89
Altra condizione clinicamente rilevante	3	7,89
ESITO	N.	%
Decesso		
Risoluzione completa	25	65,79
Risoluzione con postumi	1	2,63
Miglioramento	7	18,42
Non risolto	5	13,16
FONTE DELLA SEGNALAZIONE	N.	%
Medico	31	81,58
Infermiere	1	2,63
OSS	1	2,63
Utente	5	13,16

2.2.5 Vigilanza dispositivi medici

Nella tabella (Tab.7) 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. 7 AST Fermo ANNO 2023: SEGNALAZIONI RELATIVE A DISPOSITIVI MEDICI

Struttura segnalante	Dispositivo	Oggetto segnalazione	Azioni
Blocco Operatorio	INSUFFLATION TUBING SET, ENDOFLATOR 50 KARL STORZ SE & CO. KG	Il tubo non ruota in corrispondenza della giunzione con il trocar	Informativa al fabbricante/distributore, Informazione alla Direzione sanitaria/Direzione generale, Comunicazione al responsabile della vigilanza.
UOC Medicina Trasfusionale	COMPRESSE PIEGATE IN GARZA IDROFILA NON STERILI SENZA FILO BARIO (PIEGA FOLD AMERICANO) SANTEX SPA	Presenza di materiale estraneo non conforme sulla superficie delle garze che non rassicura circa la bassa carica microbica.	Informativa al fabbricante/distributore, Informazione alla Direzione Sanitaria. Comunicazione al responsabile della vigilanza.
POTES 118	ELETTRODI PER DEFIBRILLATORE SCHILLER SCHILLER AG	Malfunzionamento delle placche per defibrillatore Schiller con conseguente impossibilità di defibrillare il paziente	Informativa al fabbricante/distributore, Informazione alla Direzione sanitaria/Direzione generale, Comunicazione al responsabile della vigilanza.
UOC Pronto Soccorso	DEFIGARD TOUCH 7 SCHILLER MEDICAL SAS	Durante la ricarica per lo schok la macchina si è bloccata non consentono manovre poi si è spenta	Informativa al fabbricante/distributore, Comunicazione al responsabile della vigilanza.
UOC Pronto Soccorso	SIRINGA STERILE MONOUSO 10 ML CONO CENTR G21X1 1/2" DI SICUREZZA MARCHIO CARESS SAFETY ITALIANA MEDICAZIONE S.R.L. A S.U.	Il sistema di sicurezza per la protezione della puntura accidentale, si disconnette dalla siringa con aumentato rischio di puntura accidentale.	Informativa al fabbricante/distributore, Informazione alla Direzione sanitaria. Comunicazione al responsabile della vigilanza.

2.2.6 Reazioni trasfusionali

Nel 2023 ci sono state segnalate n. 13 reazioni avverse di cui 12 legate alla trasfusione di emazie concentrate e 1 caso da concentrato piastrinico leucodepleto; 5 casi sono stati caratterizzati da rialzo febbrile, in 4 casi comparsa anche di brivido, 2 casi di dispnea, 2 casi di porpora post trsfusionale, 1 caso di manifestazioni allergiche solo con sintomi cutaneo-mucosi, 1 caso di marezza cutanea, 1 caso di sudorazione algida e 1 caso di sensazione di calore.

Dei 13 casi 6 si sono verificati nella UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, 1 presso UOC Ortopedia e Traumatologia, 1 presso gli Ambulatori di Medicina, 1 nella UOC Medicina Interna, 2 UOC Urologia, 2 UOC Chirurgia generale.

2.2.7 Segnalazioni URP

Nel corso del 2023 le segnalazioni pervenute sono state 116 ed hanno riguardato 100 reclami e 16 encomi. I reclami hanno riguardato prevalentemente le tematiche relative a: prestazioni e cure (37), tempi di attesa (24), accessibilità (16), aspetti organizzativi (13).

Tipologia	Numero
ENCOMI	16
RECALAMI	100
Accessibilità	16
Aspetti alberghieri	0
Aspetti burocratici	0
Aspetti economici	7
Aspetti organizzativi	13
Informazione Clinica e di orientamento	0
Prestazioni - Cure	37
Problemi Relazionali	1
Tempi di attesa	24
Umanizzazione	0
Varie	2

Grafico 7 AST FERMO 2023: N. segnalazioni per Tematica

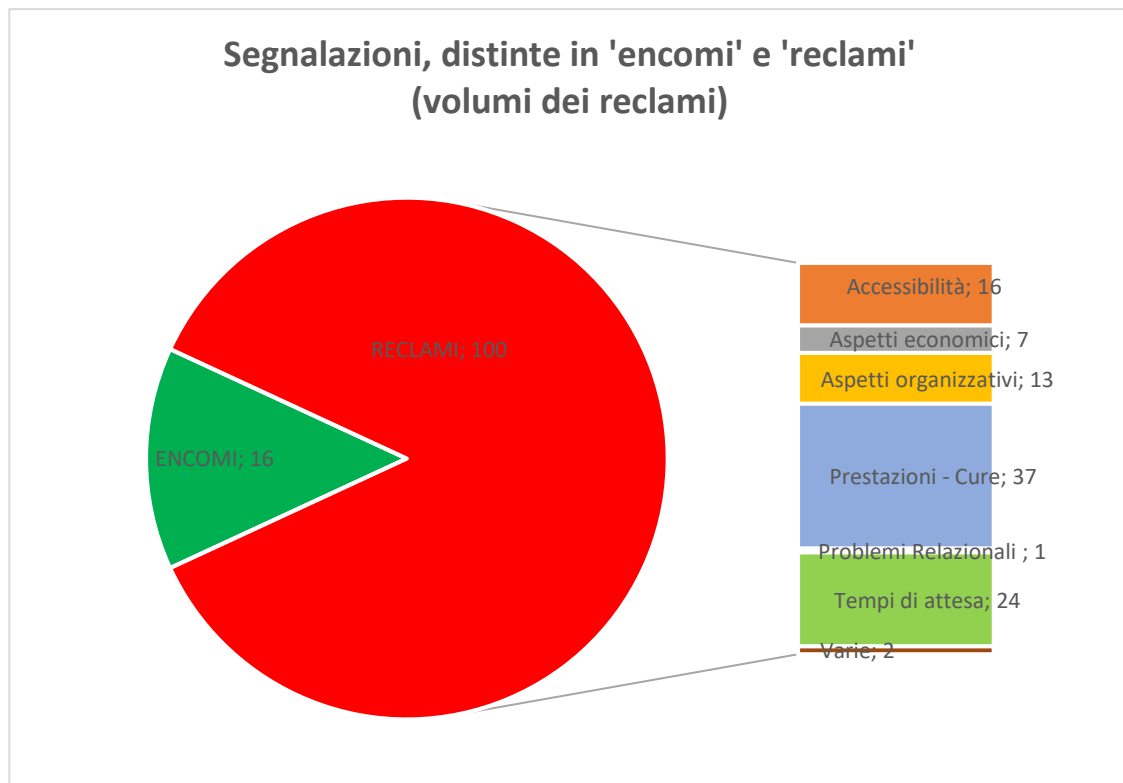
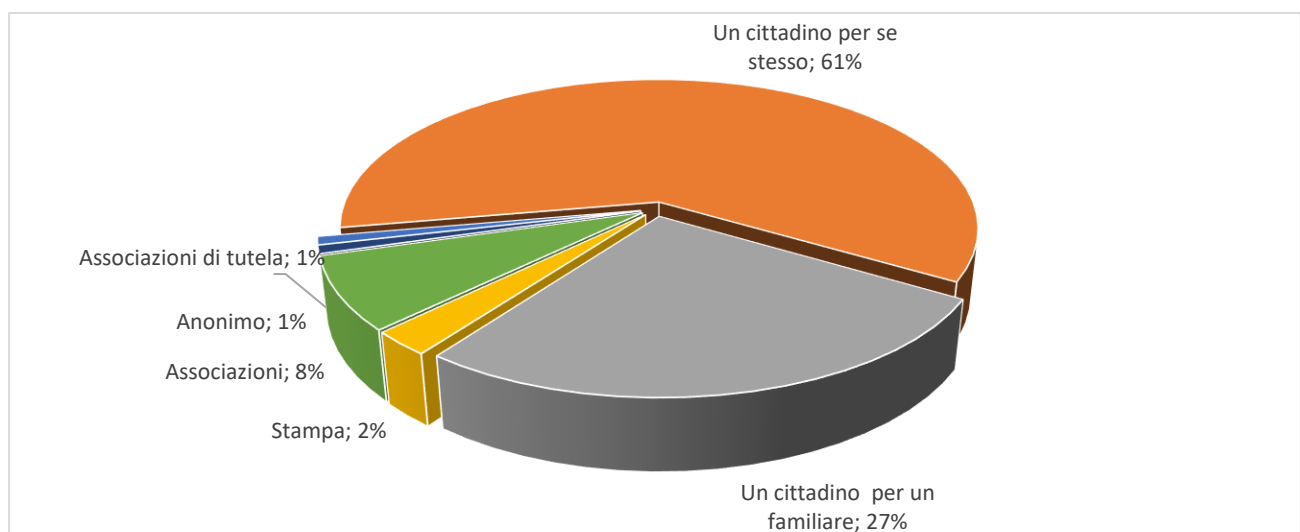


Grafico 8 AST FERMO Reclami (%) classificati secondo chi ha segnalato



2.3 Altre attività

Vengono di seguito descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano prevalentemente sul versante pro-attivo del rischio clinico. Nel corso del 2023 si è proceduto ad effettuare una ricognizione delle attività e degli eventi formativi finalizzati alla prevenzione del rischio.

2.4 Formazione

L'attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel 2023 è stata finalizzata a trattare le seguenti tematiche:

Tabella 8 Attività formativa: Tematiche, edizioni e partecipanti

N.	Tipologia attività formativa	Titolo/Tematica	N. Edizioni	N. Partecipanti
1	Residenziale interattiva	corso base rischio clinico	4	181*
2	Residenziale interattiva	Comunicazione efficace in ambito sanitario	2	70
3	Residenziale Gruppo di miglioramento	Implementazione raccomandazione ministeriale 13" Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita".	1	

- Sono stati formati tutti gli operatori neo assunti.

2.5 Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute

Le 19 Raccomandazioni Ministeriali costituiscono un sistema di allerta per tutte le condizioni cliniche e assistenziali ad alto rischio di errore, al fine di mettere in guardia gli operatori 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 9 Mappatura dello stato di avanzamento delle procedure relative all'applicazione delle raccomandazioni Ministeriali

Raccomandazione	Situazione
Raccomandazione n. 1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura presente, revisione entro il 2024
Raccomandazione n. 2 - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Procedura presente revisione entro il 2025
Raccomandazione n. 3 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Procedura presente revisione entro il 2025
Raccomandazione n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura presente
Raccomandazione n. 5 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura presente
Raccomandazione n. 6 - Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura presente
Raccomandazione n. 7 - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura presente, revisione entro il 2024
Raccomandazione n. 8 - Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura presente
Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura presente
Raccomandazione n. 10 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura presente
Raccomandazione n. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Adozione procedura aziendale entro il 2024 Presente procedura trasporti secondari urgenti tempo dipendenti.
Raccomandazione n. 12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Procedura presente revisione entro il 2024
Raccomandazione n. 13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura presente
Raccomandazione n. 14 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Presente, revisionata (in attesa di essere adattata appana verranno ultimati i lavori dell'UFA)
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

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
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, revisione entro il 2024
Raccomandazione n. 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura presente, revisione entro 2024

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 "	Sì	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 – Attuazione check list in sala operatoria	Sì	Revisione regolamento blocco operatorio, implementata scheda check list
B2 – sopralluoghi strutture ospedaliere e territoriali per la verifica dei requisiti strutturali autorizzativi	Sì	Effettuati sopralluoghi in collaborazione con l'ufficio tecnico
B3 - Incontri dedicati ai referenti UUOO ospedalieri e territoriali come verifica dei documenti previsti dai requisiti del manuale di autorizzazione	Sì	Evidenze documentali dell'attività depositate presso la UOC GCRC
B4 - Incontri dedicati referenti UUOO ospedalieri e territoriali sui percorsi STEMI, , MICI	Sì	Alcune evidenze documentali dell'attività depositate presso la DMO
B5 - Incontri dedicati referenti UUOO ospedalieri e territoriali sul percorso Trauma Grave.	No	In attesa dell'aggiornamento del PDTA Regionale
B6- Monitoraggio eventi sentinella mediante flusso SIMES	Sì	Le schede A e B, trasmesse con il flusso SIMES, sono archiviate 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- “Centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali” avvio lavori di allestimento dell’UFA in specifici spazi dell’ospedale “A.Murri”	Sì	Raggiunto lo stato di avanzamento lavori al 70% Documentazione depositata presso l’ufficio tecnico e DMO
C2- Realizzazione dell’ Unità Farmaci Antitumorali (UFA) in specifici spazi dell’ospedale “A.Murri” entro marzo 2024	No	La conclusione dei lavori non è stata possibile entro marzo per ritardo nella consegna pareti farmaceutica, prevista la fine dei lavori luglio 2024

(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	Sì	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).

Sono stati inseriti tra i processi di monitoraggio del rischio infettivo 2023 i seguenti indicatori:

OBIETTIVO 1-Confronto sulle tematiche ICA con il centro di riferimento regionale;

Stesura/aggiornamento protocolli aziendali per la prevenzione delle ICA.

OBIETTIVO 2- n. edizioni di 4 ore ciascuna effettuate nel 2023 Almeno 10 edizioni.(PNRR Modulo A)

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

Obiettivo 1: Comitato ICA funzioni operative di sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza		
Attività	Realizzata (SI/NO) ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
ATTIVITÀ A1 - Verifica del sistema di sorveglianza microbiologica, segnalazione, monitoraggio degli eventi sentinella - Procedure e protocolli regionali e aziendali per la prevenzione delle ICA - Sistemi di stewardship antibiotica in ambito di terapia e profilassi INDICATORE - Confronto sulle tematiche ICA con il centro di riferimento regionale; - Stesura/aggiornamento protocolli aziendali per la prevenzione delle ICA. STANDARD: realizzazione di quanto programmato entro il 2023	SI	Sono depositate presso la DMO le evidenze documentali dell'attività

(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 2: PREVENZIONE ICA: L'Antibiotico-resistenza e le Infezioni correlate all'assistenza: quali strumenti per il rafforzamento delle buone pratiche clinico-assistenziali		
Attività	Realizzata (SI/NO) ^(A)	Stato di attuazione ^(B)
ATTIVITÀ ⁻¹ - Strumento del bundle per la prevenzione delle ICA - Gestione del pz. colonizzato/infetto da microrganismi multiresistenti - Antibioticoresistenza: aspetto clinico e buon uso degli antibiotici - Monitoraggio del consumo degli antibiotici ed appropriatezza prescrittiva - Buon uso degli antibiotici in ambito veterinario INDICATORE N. edizioni di 4 ore ciascuno <u>effettuate</u> STANDARD: <u>Almeno 10 edizioni nel 2023</u>	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

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del Piano riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- **Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo;
- **Presidente CICA:** redige e monitora il Piano rischio infettivo
- **Direttore UO Affari Generali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- **Direzione Strategica:** si impegna a adottare il Piano con Deliberazione o atto equipollente; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Tabella 3 –Matrice delle responsabilità.

AZIONE	Risk manager	Presidente CICA	Direttore UO AAGG	Direttore generale	Direttore sanitario	Direttore amministrativo	Struttura di supporto
Redazione Piano rischio infettivo	C	R	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	R	C	C	I	C	C	C
Monitoraggio Piano rischio infettivo	C	R	I	I	C	I	C
Redazione Piano sicurezza delle cure	R	C	C	C	C	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:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

- B. 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.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. 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 quattro edizioni del corso di formazione Aziendale “ LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DEL RISCHIO”		
INDICATORE Esecuzione di almeno quattro edizioni del Corso entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del corso di formazione Aziendale “ Consenso informato e divulgazione nuova procedura aziendale”		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 3 –Esecuzione di almeno una edizione del corso di formazione Aziendale “Autorizzazione all’esercizio e accreditamento”			
INDICATORE Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2024			
STANDARD SI			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Regione (OTA)	Formazione
Progettazione incontro	C	R	C
Esecuzione	C	R	C
Accreditamento del corso	C	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA			
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio PDTA MICI			
INDICATORE Somministrazione questionario ai pazienti con colite ulcerosa e malattia di Crohn			
STANDARD 80% su rilevazione semestrale			
FONTE UOC Gastroenterologia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC Gastroenterologia	Coordinatore scientifico PDTA	DMO
Coordinamento PDTA	C	R	I
Monitoraggio del PDTA	R	C	I
Esecuzione sistema di monitoraggio	C	R	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 2 – Revisione procedura incident reporting		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2024		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Gruppo di lavoro
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	R	C
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	R	C
Formalizzazione della procedura	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 3 –Revisione Raccomandazione Ministeriale 7-12-18: Revisione 0.1		
INDICATORE Formalizzazione Procedura entro il 31/12/2024		
STANDARD Evidenza formalizzazione		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Farmacia
Coordinamento organizzativo	R	C
Descrizione contenuti della procedura	I	R
Progettazione e condivisione sistema di monitoraggio	C	R
Validazione sistema monitoraggio	C	R
Formalizzazione della procedura	R	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione di un incontro propedeutico alla revisione e applicazione della. RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE 17 con Direttori UU.OO. ed il coinvolgimento dei MMG e PLS		
INDICATORE Esecuzione di un edizione del Incontro entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	DMO
Progettazione incontro	R	C
Esecuzione	C	R

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 Rischio Clinico		
INDICATORE N° presenze sul totale delle riunioni convocate dal CeRGeRS		
STANDARD 90%		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	CeReRS
Convocazione Riunione	I	R
Partecipazione all'incontro	R	C
Verbalizzazione	I	R

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

7 OBIETTIVI E ATTIVITA' 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 – Relazione 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 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 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 –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			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	DMO	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	C	R	I
Elaborazione dati	C	R	I
Diffusione Reportistica	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 2 – Prevenzione e trattamento infezioni cateterismo vescicale			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024			
STANDARD 80%			
FONTE DMO			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	DMO	Presidente CICA	Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	R	I	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 – Corso blended con i referenti CICA per la raccolta del dato della prevalenza 2024			
STANDARD 90%			
FONTE CICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Gruppo CICA	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	I	I
Elaborazione dati	R	I	I
Diffusione Reportistica	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 4 – Aumento consumo di gel idroalcolico			
INDICATORE Consumo soluzione idroalcolica			
STANDARD ≥ 20 litri / 1000 giornate di degenza			
FONTE CICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Farmacia	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	I	I
Elaborazione dati	R	C	I
Diffusione Reportistica	R	C	I

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

8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

La diffusione del documento verrà attuata tramite la pubblicazione nella intranet aziendale

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. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
10. 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";
11. 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);
12. 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".
13. 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";
14. DGR n. 127 del 13.02.2019 "Linee di indirizzo regionali per la Formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 ".
15. 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"

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