



UOC GOVERNO CLINICO/RISCHIO CLINICO

Direttore: Dr. Massimo Palazzo

[rischio.ast.mc@sanita.marche.it](mailto:rischio.ast.mc@sanita.marche.it)

*Relazione Annuale ex art. 2, c. 5 della Legge 24/2017*

ANNO 2023

## Sommario

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ART.2 COMMA 5 L.24/17 .....	2
1. Introduzione.....	2
2. Eventi Segnalati .....	3
ALTRE ATTIVITÀ.....	9
CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE.....	11
1. Introduzione.....	11
2. Analisi.....	13

### Nota

*Come premessa alla lettura dei dati riportati nella relazione annuale si precisa che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono chiaramente documentare un aumento del numero di eventi avversi registrati: questo a dimostrazione di una migliore capacità di rilevazione degli eventi stessi volta non solo all'analisi dei dati con predisposizione di azioni di miglioramento ma anche ad una maggiore trasparenza del sistema, come la L. 24/17 prevede.*

*La relazione è stilata secondo modello condiviso in ambito di Coordinamento Regionale Centro per la Gestione del Rischio e della Sicurezza del paziente in data 28 giugno 2019*

## RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ART.2 COMMA 5 L.24/17

---

### 1. Introduzione

L'art. 2, comma 5, della Legge n.24 del 08/03/2017, sancisce la *predisposizione di 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.*

Pertanto, nella presente relazione, in ottemperanza alla predetta norma, verranno esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Unità Operativa Governo Clinico/Rischio Clinico dell'Azienda Territoriale Sanitaria di Macerata 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. Eventi Segnalati**

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale, ASUR MARCHE, con Determina n°481 del 2016 e successive modifiche ha individuato l'UOC Governo Clinico/Rischio Clinico in staff alla Direzione di Area Vasta. L'Area Vasta 3 ha recepito tale indicazione il 02/03/2017 individuandone il Direttore.

Di seguito saranno descritti gli eventi avversi (eventi sentinella ed eventi significativi non sentinella e le cadute) emersi, da un punto di vista quantitativo e sinteticamente qualitativo.

Inoltre sarà data specifica evidenza agli episodi di violenza a danno degli operatori della sanità e agli eventi correlati alla vigilanza dei dispositivi medici.

### **a. Eventi Sentinella**

Nella seguente tabella vengono riepilogati i dati relativi agli eventi sentinella in termini di: numerosità, cause e fattori contribuenti, livello di gravità, iniziative poste in essere (n° audit effettuati, n° azioni di miglioramento programmate a seguito di audit e quante azioni di miglioramento concluse/riprogettate/in corso di implementazione/revocate).

Tali eventi sentinella sono stati segnalati all'interno del flusso ministeriale SIMES.

GRAVITA' EVENTO	SPECIFICA EVENTO SENTINELLA		
	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage	Morte o grave danno per caduta di paziente	TOT
Morte	1	1	2
Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva		1	1
Trauma maggiore conseguente a cadute di paziente		3	3
Traumi o fratture di qualsiasi entità		5	5

Nel dettaglio le azioni intraprese a seguito degli AUDIT effettuati per la gestione degli eventi "sentinella"

**Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage:** Predisposta procedura con gruppo di lavoro sulla gestione del trauma cranico minore (ALL.1)

**Morte o grave danno per caduta di paziente** Effettuata formazione sugli operatori e poco dopo evento effettuato incontro con servizio di vigilanza e predisposta vigilanza h 24 (ALL.2)

## b. Eventi significativi non sentinella

Nelle seguenti tabelle vengono riepilogati i dati relativi agli eventi significativi segnalati dagli operatori in termini di: numerosità, fattori contribuenti, livello di gravità.

TIPOLOGIA EVENTO	2023	FATTORI CONTRIBUENTI		TOT	%
EVENTO AVVERSO	33	COMUNICAZIONE	15	33%	
EVENTO CHE NON HA CAUSATO DANNO	10	MANCATO COORDINAMENTO	9	20%	
QUASI EVENTO	2	SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	8	18%	
		CONDIZIONI GENERALI	7	16%	
		PRECARIE/FRAGILITA'/INFERMITA'	6	13%	
		POCA/MANCATA AUTONOMIA	6	13%	

TIPOLOGIA EVENTO	LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	LIVELLO 5	LIVELLO 6	LIVELLO 7	LIVELLO 8	Totale
EVENTO AVVERSO			4	7	9	5	7	1	33
EVENTO CHE NON HA CAUSATO DANNO	2	3	4	1					10
QUASI EVENTO	2								2

Legenda:

Evento	Esito	Livello
Potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute) .	1
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato).	2
Effettivo	NESSUN ESITO - Evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	3
	ESITO MINORE - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento.	4
	ESITO MODERATO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici).	5
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altre UU.OO. che non richieda il prolungamento della degenza.	6
	ESITO SIGNIFICATIVO - Ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione.	7
	<b>ESITO SEVERO</b> - Disabilità permanente/contributo al decesso.	8

### c. Eventi cadute

Nella seguente tabella vengono riepilogati i dati degli eventi relativi alle cadute in termini di numerosità complessiva, fattori causali ed esiti delle cadute.

Tab 1: Totale delle cadute segnalate, verificate all'interno di tutte le strutture dell'AST Macerata, considerando anche quelle territoriali

Si sono aggravate in seguito al trauma	Sì	TOT CADUTE	%
CADUTE CON ESITI	19	149	12,8%

Tab 2: Totale delle cadute segnalate confrontate con il totale dei ricoveri ordinari dei 4 Ospedali dell'AST Macerata e con il totale delle giornate di degenza sempre in regime ordinario

OSPEDALE	CADUTE	TOT RICOVERI	TOT GG DEGENZA	% ricoveri	% GG DEGENZA
CAMERINO	11	1.948	14.775	0,56%	0,07%
CIVITANOVA MARCHE	21	6.706	49.039	0,31%	0,04%
MACERATA	81	12.173	91.785	0,67%	0,09%
SAN SEVERINO MARCHE	8	1.084	9.924	0,74%	0,08%

Tab 3: Totale delle cadute segnalate NON derivanti da ricoveri ordinari ospedalieri

STRUTTURA	UO	TERRITORIO
MATELICA	RSA	1
MONTECASSIANO	COMUNITA' PROTETTA	8
RECANATI	CURE INTERMEDIE	7
RECANATI	RSA	1
TREIA	CURE INTERMEDIE	6
TREIA	RIABILITAZIONE	5

### d. Segnalazioni di episodi di violenza agli operatori

L'attività di sensibilizzazione degli operatori, con corsi di formazione attivati dal 2019, ha condotto ad un incremento del numero di segnalazioni. Nel 2023 sono pervenute 35 segnalazioni che hanno

interessato 29 infermieri, 3 medici, 2 OSS ed 1 amministrativo di front office, con prevalenza del sesso femminile (25 casi). In 22 casi si è trattato di violenza verbale, ma in 13 casi ci sono stati episodi di violenza fisica. Le segnalazioni sono pervenute nella quasi totalità dei casi (32) dagli operatori ospedalieri delle aree di degenza (22 casi) e del Pronto Soccorso (10 casi). Solo in due casi (Dipendenze patologiche e Ospedale di comunità) ha coinvolto operatori territoriali. Un caso è segnalato in aree comuni ospedaliere.

### **e. Segnalazioni su dispositivi medici**

La Regione, nel 2023, ha istituito, in applicazione del DM 31 marzo 2022, la Rete di Dispositivo-Vigilanza (DGRM n. 606 del 8 maggio 2023).

Nel 2023 al Responsabile Locale, previsto dalla Rete Regionale, sono stati segnalati tre eventi, che hanno riguardato dispositivi medici.

In sala operatoria di Urologia a Macerata la colla del telo chirurgico ha provocato ustione. Incidente non grave risolto con terapia farmacologica e medicazioni specifiche.

In Dialisi a Recanati perdita di frammenti di plastica dai tappi di chiusura CVC. Mancato incidente-risolto con sostituzione con equivalente DM di altra Ditta.

Ortopedia di Camerino: malfunzionamento delle alette di fissaggio dell'ago-cannula con distacco di una parte del catetere. Mancato incidente risolto con sostituzione del lotto di produzione del DM da parte della Ditta.

## ALTRE ATTIVITÀ

---

Di seguito vengono 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.

### a. Formazione

L'attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel 2023 è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Corso di formazione denominato "GESTIONE RISCHIO CLINICO AST MACERATA - CORSO BASE" dedicato a tutti gli operatori della Sanità finalizzato a aumentare le conoscenze e metodi specifici per la gestione del rischio degli operatori sanitari così da poter migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti. Il corso è stato strutturato in modalità FAD ed ha coinvolto 280 operatori
- Corso di formazione denominato "GESTIONE RISCHIO CLINICO AST – MACERATA - CORSO AVANZATO" dedicato ad accrescere le conoscenze e a fornire gli strumenti necessari per la gestione del Rischio alla rete dei referenti e dei facilitatori dell'AST. Il corso giunto alla terza mirava a coprire quelle aree che ancora non avevano formato i propri facilitatori o laddove sono sopraggiunte delle modifiche sulle figure individuate: 28 operatori tra personale medico ed infermieristico
- Corso di formazione denominato SAFETY WALK AROUND (SWR). Obiettivo principale dello SWR è quello di migliorare la sicurezza del paziente tramite una diffusa cultura della sicurezza raggiungibile con la condivisione di valori fondamentali come la trasparenza, la collaborazione tra operatori, la comunicazione, l'impegno per il miglioramento continuo della qualità e la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato. Sono stati coinvolti circa 30 operatori, tra medici e personale del comparto, di 5 differenti UU.OO.
- Corso di formazione "LA VIOLENZA SUGLI OPERATORI CHE OPERANO IN SANITA' rivolta a tutti gli operatori che operano in sanità, Sono stati formati circa 50 professionisti, la finalità è stata quella di sensibilizzare e informare i professionisti esposti e individuare per loro ipotesi di misure preventive

- Corso di Formazione: predisposizione di n° 5 gruppi di miglioramento finalizzati alla implementazione o revisione del sistema documentale con diversi argomenti
  1. IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DOCUMENTALE: revisione della documentazione a aggiornamento procedure: coinvolte le Posizione Organizzative Aziendali
  2. IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DOCUMENTALE: **LA CONTENZIONE**, coinvolti 11 operatori
  3. IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DOCUMENTALE: **LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA** coinvolti 13 operatori finalità rivedere il percorso condiviso tra Ospedale e Territorio sulla gestione assistenziale dei SNOG e dei CVC
  4. IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DOCUMENTALE: **PROCEDURA D'ORIGINE** coinvolti 13 operatori Finalità del gruppo è quella di omogeneizzare i comportamenti e le modalità di formalizzazione dei documenti
- b. IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DOCUMENTALE: **RACCOMANDAZIONE 13 LA PREVENZIONE DELLE CADUTE**, operatori coinvolti 20

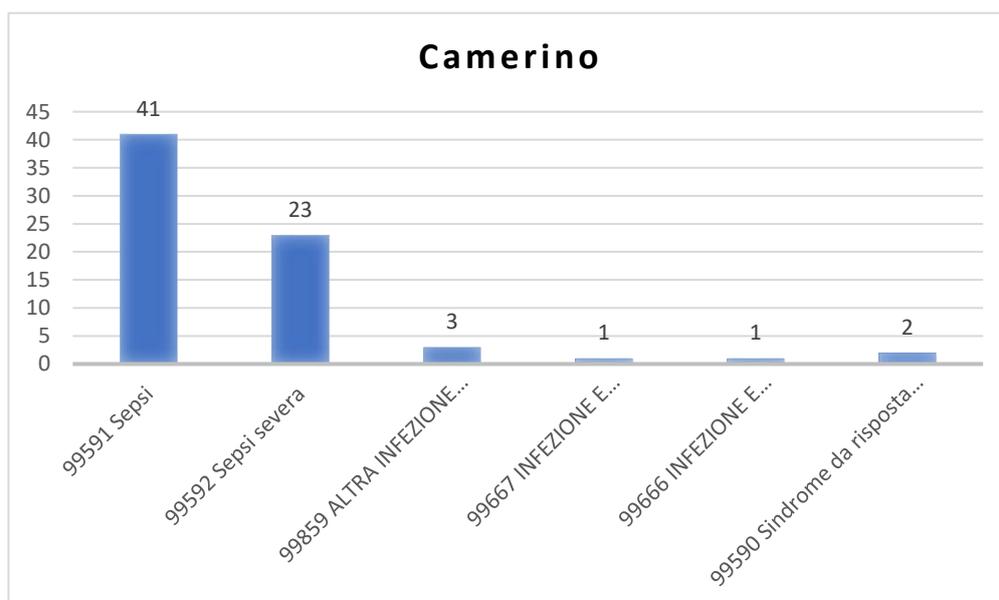
L'anno 2023 ha visto un controllo completo di tutte le 20 Raccomandazioni Ministeriali e conseguente revisione da parte dei gruppi individuati con predisposizione, così come definito dal Ministero, di procedure specifiche e adeguate alla nostra realtà aziendale.

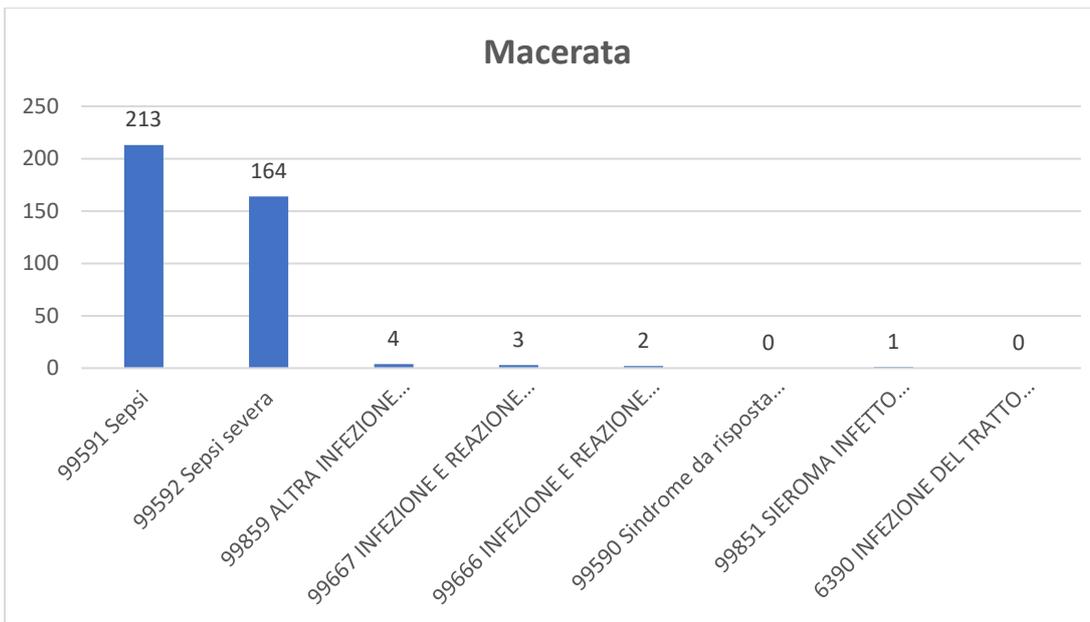
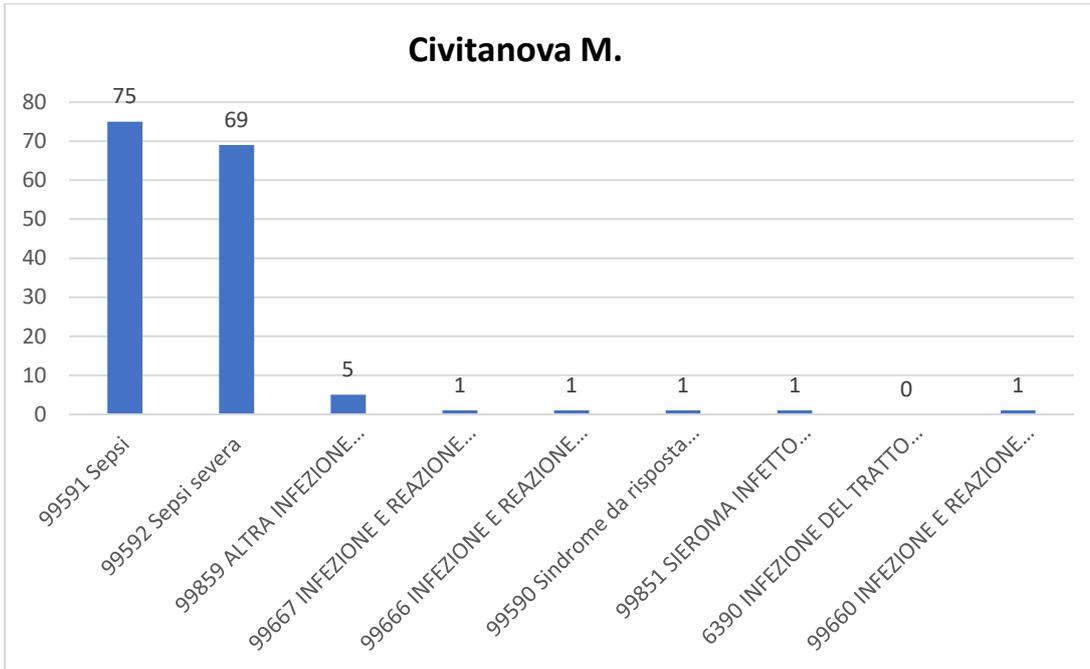
## CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE

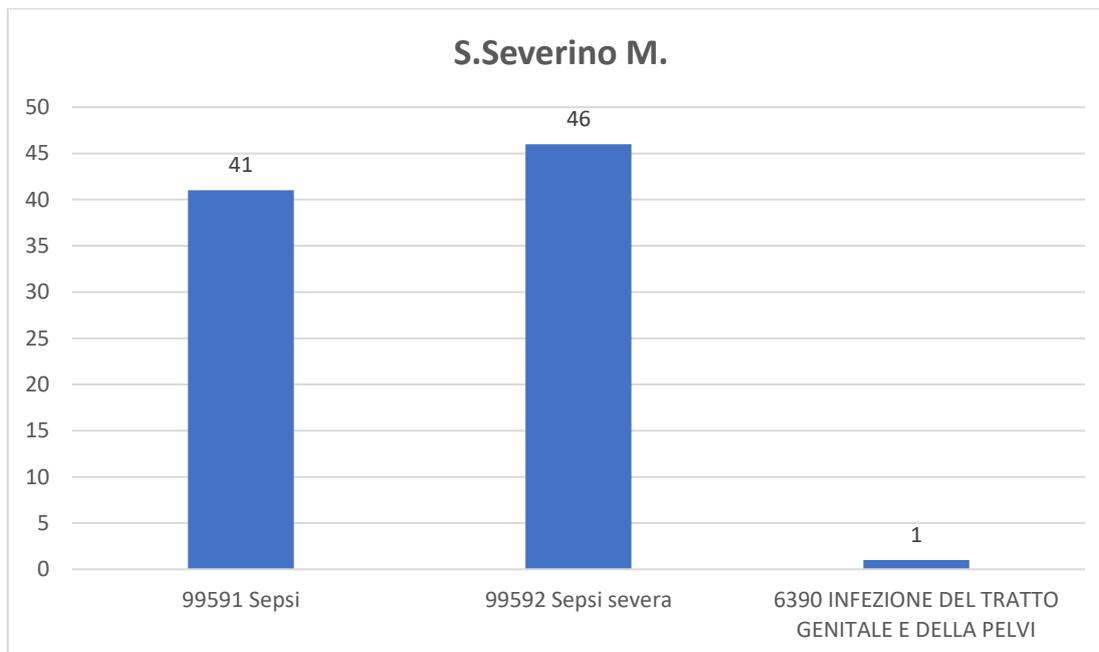
### 1. Introduzione

Nei grafici sotto riportati sono rappresentati i quattro ospedali dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata e il totale delle infezioni riportate in tutti i "Campi Diagnosi" della Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO).

Nello specifico sono stati rilevati solo i ricoveri ordinari con le seguenti diagnosi: 995.91 Sepsi; 995.92 Sepsi severa; 995.90 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata; 996.60 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti non specificati; 996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne; 996.67 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni; 998.51 Sieroma infetto postoperatorio; 998.59 Altra Infezione Postoperatoria; 639.0 Infezione del tratto genitale e della pelvi.







## **2. Analisi**

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano sempre una difficoltà nell'essere reperite nell'ambito della SDO: gli studi *ad hoc* mostrano dati che non sono sovrapponibili a quanto si rileva dall'analisi delle SDO.

I grafici mostrano che le diagnosi più frequenti riguardano le sepsi: il più delle volte si tratta della diagnosi principale, legata alla severità della patologia, caratterizzata da elevata mortalità, che impegna la struttura in termini di risorse utilizzate.

Nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia vengono monitorate le infezioni chirurgiche, utilizzando i codici sopra segnalati. Il numero di infezioni rilevate sono state 28, ma, selezionando solo i DRG chirurgici, scendono a 12.

L'inserimento nel 2024 del Piano Annuale per la riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza nel Piano Annuale di Rischio Sanitario consentirà una maggiore integrazione, come peraltro indicato a livello nazionale e regionale.

***Dr. Massimo Palazzo***



MASSIMO PALAZZO  
28.05.2024 10:39:43  
GMT+01:00