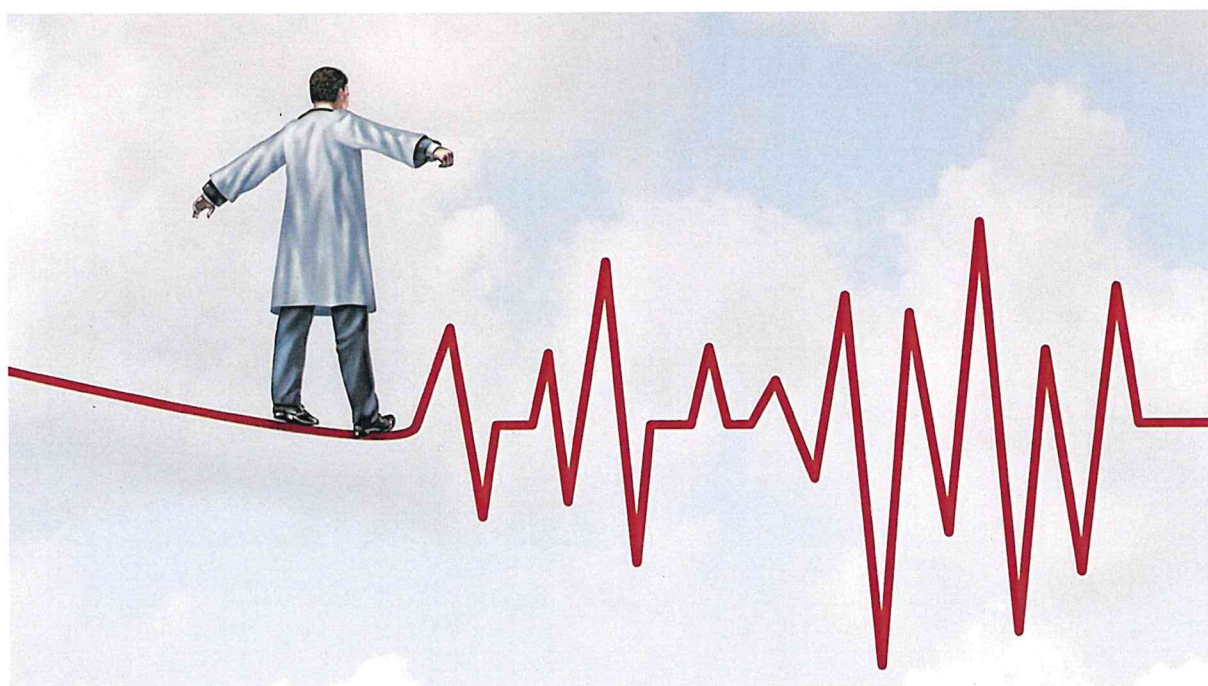
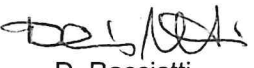
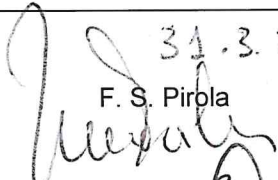
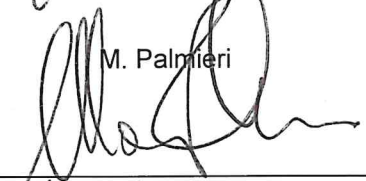


Relazione

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017

Dati Anno 2024



Redatto e sottoscritto	Presa visione
 D. Racciatti	D.S.  31.3.2025 F. S. Pirola D.G.  M. Palmieri
31/01/2025	31/03/2025

- sviluppare competenze e conoscenze con l'obiettivo di promuovere all'interno delle diverse UU.OO. Aziendali il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure;
- sensibilizzare gli operatori sanitari di tutta l'Azienda all'importante tematica del rischio di suicidio dei pazienti ricoverati;
- sensibilizzare gli operatori sanitari di tutta l'Azienda all'importante tematica della violenza di genere;
- sensibilizzare gli operatori sanitari di tutta l'Azienda all'importante tematica della gestione del rischio di caduta per i pazienti ricoverati e sulla contenzione;
- rafforzare la rete dei referenti qualità e rischio clinico;
- aumentare la consapevolezza che gli strumenti della qualità e del rischio clinico e le buone pratiche sono indispensabili da adottare per la sicurezza dei pazienti e delle cure.

Nel piano formativo 2025 sono stati previsti inoltre dei cicli di incontri per formatori in Simulazione per la gestione degli Eventi Critici in Sistemi Complessi.

c) Prevenzione infezioni correlata all'assistenza

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite e costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria (evento sentinella n.16); possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, strutture di lungodegenza, ambulatori, tramite assistenza domiciliare (ADI), e nelle strutture residenziali territoriali.

Le cause sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi;
- l'indebolimento del sistema immunitario o gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci.

Le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e un significativo aumento della mortalità.

Gli obiettivi per l'anno 2025, individuati in ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida nazionali (PNP e PNCAR - Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza) e da quelle regionali (PRP – Piano Regionale della Prevenzione), mirano al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate ai fini della prevenzione e gestione delle ICA.

Nello specifico ci si propone di:

- rafforzare la prevenzione e la sorveglianza delle ICA in ambito ospedaliero/territoriale;
- promuovere l'uso appropriato degli antibiotici e ridurre la frequenza delle infezioni causate da batteri resistenti;
- promuovere le buone pratiche assistenziali uniformando e razionalizzando il comportamento degli operatori sanitari;

- elaborare dati statistici per una migliore conoscenza dell'epidemiologia locale e del consumo di antibiotici a livello aziendale;
- sorvegliare e prevenire la diffusione dei microrganismi alert, anche mediante indagini epidemiologiche in caso di sospetta epidemia o cluster epidemico.

d) Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e integrazione ospedale-territorio

L'integrazione ospedale-territorio continua a rappresentare un fondamentale obiettivo strategico dell'odierno sistema sociosanitario regionale. Per il 2025 si continuerà a lavorare, in accordo con le Direttive della Direzione Strategica, per il rafforzamento del nuovo assetto organizzativo in ottemperanza a quanto previsto dal PNRR (DM 77/22). A tal riguardo, la UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management fornirà supporto per redigere i documenti aziendali che si riterranno necessari per definire l'assetto organizzativo di cui sopra.

e) Monitoraggio Percorso Femore

Per il 2025 continuerà il monitoraggio del percorso clinico assistenziale del paziente ultrasessantacinquenne con frattura di femore nella ASL Lanciano Vasto Chieti.

Attraverso la compilazione delle check list, saranno analizzati e monitorati gli indicatori e i valori attesi attraverso una reportistica trimestrale. Inoltre, saranno condotti a cadenza bimestrale, degli audit sugli aspetti clinici ed organizzativi, che abbiano come finalità l'identificazione delle componenti strutturali ed operative coinvolte nella generazione delle criticità rilevate.

f) Monitoraggio patologie tempo-dipendenti

L'obiettivo, per il 2025, è monitorare la presa in carico dei pazienti che presentano patologie time-dependent (infarto, ICTUS, politrauma e sepsi), cioè patologie per le quali le conseguenze (outcome clinico) siano fortemente condizionate dalle decisioni e dagli interventi messi in atto nelle prime ore dall'insorgenza dei sintomi.

A tal proposito, sono state elaborate check list per ciascuna patologia tempo-dipendente per permettere l'analisi delle eventuali criticità presenti, che verranno condivise con le UO coinvolte. L'elaborazione dei dati così ottenuti consentirà di migliorare il percorso interaziendale delle suddette patologie.

g) Monitoraggio PCO Oncologici

Continuerà, anche nel 2025, il monitoraggio dei PCO oncologici attraverso la compilazione dei database creati appositamente per ogni GICO per permettere l'analisi dei vari indicatori dei PCO corrispondenti. Inoltre, saranno convocati Audit a cadenza quadrimestrale per la discussione e la condivisione delle criticità rilevate e per la revisione dei PCO stessi.

h) Monitoraggio Procedure

Nel corso del 2025 verrà eseguito un monitoraggio sull'applicazione delle procedure vigenti all'interno dell'Azienda da parte degli operatori coinvolti. Lo scopo è quello di individuare eventuali criticità di mancata o parziale applicazione delle stesse nel tentativo di intervenire sulle cause potenzialmente passibili di risoluzione. Dall'analisi suddetta sarà pianificata la revisione/sospensione delle procedure in essere e/o la realizzazione di nuove, laddove ritenuto necessario.

La UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management, con la collaborazione delle Direzioni Mediche di Presidio e di Area Distrettuale, coordinerà tale attività.

i) Monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali

L'obiettivo delle Raccomandazioni è quello di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema. Nello specifico, si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, considerati per la loro gravità ed il loro significato un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali (**Eventi Sentinella**).

Nel 2025 la UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management si farà carico del monitoraggio finalizzato all'implementazione delle suddette raccomandazioni all'interno delle singole UU.OO. A tale scopo verrà utilizzato un questionario conoscitivo, che verrà somministrato ai Direttori di Dipartimento, alle Direzioni Mediche di Presidio, ai Direttori di Aree Distrettuali, ai Direttori e ai Coordinatori di U.O.

L'elaborazione successiva, consentirà alla UOC di intervenire laddove necessario a implementare l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali all'interno dell'Azienda.

Sommario

Introduzione

1. Descrizione del contesto di riferimento
 2. Incident reporting
 3. Eventi sentinella
 4. Percorso Femore
 5. PCO Oncologici
 6. Dispositivo vigilanza
 7. Farmacovigilanza
 8. Emovigilanza
 9. Piano annuale Rischio clinico
-

Introduzione

La sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure”, così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari”, e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

La ASL Lanciano Vasto Chieti, già da diversi anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l’analisi e la gestione del rischio clinico.

A partire dall’anno 2011 è stato introdotto in Azienda un sistema di *incident reporting* attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, segnalano gli eventi avversi e i near miss.

Sempre dal 2011, oltre al sistema di incident reporting, in ragione di quanto previsto dal Ministero della Salute, l’Azienda alimenta il flusso SIMES ministeriale relativo alla segnalazione degli **eventi sentinella**.

Sia il sistema di incident reporting che il flusso SIMES, come peraltro tutti i sistemi di segnalazione noti, vengono alimentati da segnalazioni su base prevalentemente volontaria, e pertanto risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza. A tal riguardo, da diversi anni l’Azienda promuove un’intensa attività formativa in maniera continua e costante nel tempo al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari sulle tematiche del rischio clinico e sull’importanza della segnalazione di near miss/eventi avversi come fonte di rilevazione di criticità meritevoli di azioni di miglioramento.

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall’art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell’8 marzo 2017, si intendono rappresentare a consuntivo gli eventi avversi e i near miss registrati nel corso dell’anno 2024 presso le strutture aziendali della ASL Lanciano Vasto Chieti, segnalati mediante il sistema di *incident reporting*.

Sono state inoltre utilizzate le informazioni derivanti da altre fonti informative quali la dispositivo-vigilanza, la farmacovigilanza e l’emovigilanza.

1. Descrizione del contesto di riferimento

La ASL Lanciano Vasto Chieti è un ente senza scopo di lucro, la cui azione è ispirata a obiettivi di efficacia delle prestazioni, qualità dei servizi erogati ed efficiente utilizzo delle proprie risorse.

L’Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, e, specificamente, del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito l’Azienda assicura i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività.

Svolge inoltre funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l’erogazione di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogando prestazioni sanitarie secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità, avvalendosi anche di soggetti accreditati, di Medici di Medicina Generale, di Pediatri di Libera Scelta e di Medici di Continuità Assistenziale che rappresentano tutti partner essenziali per il governo e l’orientamento della domanda di salute sul territorio.

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 371.219 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2024), per una densità abitativa media di 144 ab. /km².

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell'atto aziendale adottato con deliberazione n. 322 del 14/3/2018 s.m.i, con la quale sono state recepite le indicazioni regionali.

I Presidi Ospedalieri sono i seguenti:

- P.O. Clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti
- P.O. "Bernabeo" di Ortona
- P.O. "F. Renzetti" di Lanciano
- P.O. "San Pio" di Vasto,
- P.O. "San Camillo" di Atesa classificato quale Presidio Ospedaliero in zona disagiata (L.R. 60/2023).

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in tre Aree Distrettuali, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

Area distrettuale 1

Area distrettuale 2

Area distrettuale 3



Figura 1. Collocazione punti di erogazione (fonte: Piano delle Performance 2022-2024)

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha effettuato circa 37866 ricoveri nel corso del 2024 (PO Chieti 18.857, PO Vasto 8.418, PO Lanciano 7.151, PO Ortona 2.787, PO Atesa 653 - Fonte: Sistema informativo Aziendale gestione SDO). Al 31/12/2024, annovera circa 1000 posti letto con un organico di 5.109 dipendenti (compreso il personale universitario in convenzione e il personale dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato). Di questi, 3.846 unità appartengono al ruolo sanitario.

Assetto organizzativo aziendale in ambito di sicurezza delle cure

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti ha scelto un sistema di gestione integrato rischio clinico/governo clinico/gestione qualità ritenuto strategico per l'azienda per il raggiungimento di obiettivi quali la qualità e la sicurezza delle cure.

La gestione del rischio clinico, inteso come processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo nell'ambito del governo clinico, e significativo sia per la sicurezza dei cittadini che per la corretta erogazione dei servizi sanitari di qualità.

La U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management ha il fine di promuovere e coordinare le attività volte all'assicurazione ed al miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.

Al fine di integrare le molteplici componenti che agiscono nel sistema, la U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management coordina la rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico delle varie articolazioni organizzative aziendali (Presidi Ospedalieri, UU.OO., Distretti Sanitari e strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie) che hanno il compito di applicare e monitorare le azioni di miglioramento all'interno delle proprie strutture di afferenza. Alla prevenzione e gestione del rischio si provvede mediante l'implementazione di veri e propri modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di Risk Management e con il concorso di ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi.

Nella figura che segue vengono definiti i 4 macro-processi principali su cui agisce la U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management. Ogni macro-processo è caratterizzato da una serie di sotto processi per ciascuno dei quali sono stati individuati input e output specifici. Attraverso l'applicazione dei processi di cui sopra la U.O.C. concorre al raggiungimento dell'output finale consistente nel miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.

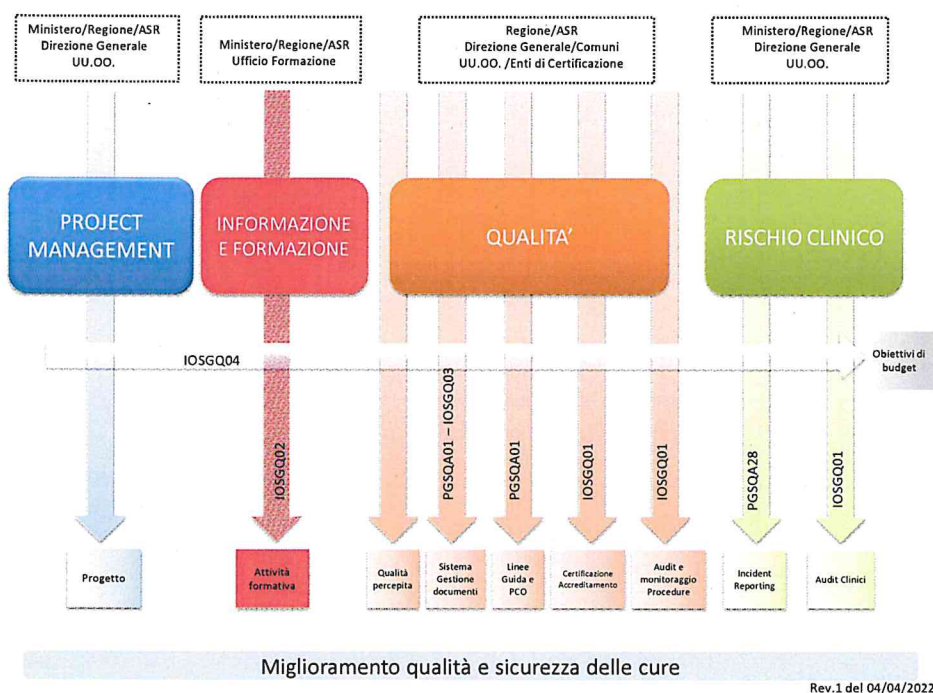


Figura 2. Macro-processi principali di competenza della U.O.C. Qualità, Accredimento e Risk Management.

2. Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near miss che si verificano all'interno della Azienda.

Questo strumento, adottato in Azienda - come già detto - dal 2011, è uno dei sistemi che fornisce alla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management il maggior contributo nell'identificare dall'analisi dei near miss/eventi avversi segnalati quelle criticità del sistema su cui programmare piani di miglioramento volti ad evitare il ripetersi di siffatti eventi.

Per facilitare la segnalazione, nella nostra azienda è stata implementata la procedura aziendale "Procedura per la gestione degli eventi avversi e near miss" (PGSQA28) e relativo modulo di segnalazione evento avverso/near miss visionabile e scaricabile dalla pagina del Sito Aziendale <http://www.info.asl2abruzzo.it/qualita/> che indirizzerà direttamente al sito Talete e alla pagina consultazione documenti. Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

		REGIONE ABRUZZO ASL LANCIANO - VASTO - CHIETI		Rev. 4 31/10/2017	Pag. 1/2				
MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI / NEAR MISS		MRSQA28/1							
La scheda dovrà essere inviata al SOA/Rischio Clinico Fax: 0871358867 e-mail: qualita@asl2abruzzo.it Solo in caso di segnalazione caduta paziente la scheda va inviata anche alla Direzione Medica di Presidio La presente scheda è uno strumento utile per segnalare gli eventi avversi e near miss che possono verificarsi durante le attività assistenziali e di cura. Evento Avverso: evento imprevisto correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e non evitabile. Near miss: (Quasi evento) evento che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si è verificato per caso fortuito o per errore intercorso.									
Data della segnalazione: ____/____/____ ☐ Evento avverso ☐ Near Miss									
Dati del:		Nome, Cognome _____ Data di nascita ____/____/____ Sesso: ☐ M ☐ F Data ricovero ____/____/____ SDO _____ Regime di assistenza: ☐ Ordinario ☐ Day Surgery ☐ DH ☐ Altro _____							
Struttura che segnala		D.P.O. _____ U.O. _____ Altro _____ Recapito tel. _____ Email _____							
Circostanza dell'evento		Evento verificatosi il ____/____/____ Ora ____:____ Luogo _____ Chi era presente: _____							
Descrizione dell'evento: Fornire una breve descrizione dell'evento indicando tutti i particolari utili per identificare e classificare la tipologia di errore.		_____ _____ _____ _____ _____							
Da compilare in caso di caduta del paziente		Modalità caduta ☐ Caduto dalla posizione eretta ☐ Caduto da seduto ☐ Caduto dal letto ☐ Altro _____ Motivo ☐ Perdita di forza ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di coscienza ☐ Inalampato ☐ Scivolato con pavimento asciutto ☐ Scivolato con pavimento bagnato ☐ Altro _____ Tipo calzatura ☐ aperta ☐ chiusa ☐ senza calzatura Terapia in atto : ☐ sedativi del SNC ☐ lassativi ☐ diuretici ☐ ipotensivanti Valutazione del rischio caduta all'accettazione del paziente : ☐ No ☐ Sì (Se Sì allegare copia pagg. 4 e 5 della Documentazione Infermieristica MRCI)							
Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica		Specificare il tipo di farmaco coinvolto: _____ In quale fase della terapia è avvenuto l'evento? ☐ prescrizione ☐ trascrizione ☐ preparazione ☐ somministrazione Tipo di errore (es: errore di dosaggio / via di somministrazione/ velocità di somministrazione/ mancata somministrazione / scambio di farmaci): _____							
Trattamenti Indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento: (Allegare i referti)		☐ Visita Medica ☐ Medicazioni ☐ Consulenze specialistiche (Specificare) _____ ☐ Indagini radiologiche: ☐ TAC _____ ☐ Senza MeC ☐ Con MeC ☐ RM _____ ☐ Senza MeC ☐ Con MeC ☐ ECO _____ ☐ RX _____ ☐ Apparecchi gestati ☐ Intervento chirurgico ☐ Ricovero in terapia intensiva ☐ Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) _____ ☐ Altro _____ ☐ Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato ☐ NO ☐ Sì a chi? _____							
Fattori che possono aver contribuito all'evento: <table border="0"> <tr> <td> Fattori legati al paziente ☐ Grossa fragilità o infertilità ☐ Non cosciente/scarsamente orientato ☐ Poca/mancata autonomia ☐ Barriere linguistiche/culturali ☐ Mancata adesione al progetto terapeutico ☐ Altro (specificare) _____ </td> <td> Fattori legati al sistema ☐ Staff inadeguato/insufficiente ☐ Insufficiente addestramento/inserimento ☐ Gruppo nuovo / inesperto ☐ Elevato turn over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Protocollo / procedura inesistente o ambigua ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure ☐ Mancata / inadeguata comunicazione ☐ Mancata / inadeguata manutenzione attrezzature ☐ Mancata / inadeguata manutenzione materiale di consumo ☐ Mancata / carenza delle istruzioni di utilizzo ☐ _____ ☐ _____ </td> </tr> <tr> <td> Fattori legati al personale ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure ☐ Inadeguate conoscenze/esperienza/formazione ☐ Fatica/stress ☐ Presa scorretta/abitudine non seguita ☐ Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta ☐ Mancata supervisione ☐ Mancato coordinamento ☐ Scarso lavoro di gruppo ☐ Altro (specificare) _____ </td> <td> ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ </td> </tr> </table>						Fattori legati al paziente ☐ Grossa fragilità o infertilità ☐ Non cosciente/scarsamente orientato ☐ Poca/mancata autonomia ☐ Barriere linguistiche/culturali ☐ Mancata adesione al progetto terapeutico ☐ Altro (specificare) _____	Fattori legati al sistema ☐ Staff inadeguato/insufficiente ☐ Insufficiente addestramento/inserimento ☐ Gruppo nuovo / inesperto ☐ Elevato turn over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Protocollo / procedura inesistente o ambigua ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure ☐ Mancata / inadeguata comunicazione ☐ Mancata / inadeguata manutenzione attrezzature ☐ Mancata / inadeguata manutenzione materiale di consumo ☐ Mancata / carenza delle istruzioni di utilizzo ☐ _____ ☐ _____	Fattori legati al personale ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure ☐ Inadeguate conoscenze/esperienza/formazione ☐ Fatica/stress ☐ Presa scorretta/abitudine non seguita ☐ Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta ☐ Mancata supervisione ☐ Mancato coordinamento ☐ Scarso lavoro di gruppo ☐ Altro (specificare) _____	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
Fattori legati al paziente ☐ Grossa fragilità o infertilità ☐ Non cosciente/scarsamente orientato ☐ Poca/mancata autonomia ☐ Barriere linguistiche/culturali ☐ Mancata adesione al progetto terapeutico ☐ Altro (specificare) _____	Fattori legati al sistema ☐ Staff inadeguato/insufficiente ☐ Insufficiente addestramento/inserimento ☐ Gruppo nuovo / inesperto ☐ Elevato turn over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Protocollo / procedura inesistente o ambigua ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure ☐ Mancata / inadeguata comunicazione ☐ Mancata / inadeguata manutenzione attrezzature ☐ Mancata / inadeguata manutenzione materiale di consumo ☐ Mancata / carenza delle istruzioni di utilizzo ☐ _____ ☐ _____								
Fattori legati al personale ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure ☐ Inadeguate conoscenze/esperienza/formazione ☐ Fatica/stress ☐ Presa scorretta/abitudine non seguita ☐ Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta ☐ Mancata supervisione ☐ Mancato coordinamento ☐ Scarso lavoro di gruppo ☐ Altro (specificare) _____	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____								
Esito dell'evento: ☐ nessun esito (evento che non ha provocato al paziente alcun danno) ☐ minore (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati / Osservazioni e monitoraggio) ☐ moderato (osservazioni o monitoraggio extra / ulteriore visita medica/specialistica / indagini diagnostiche / trattamento con altri farmaci / trasferimento ad altra UO senza prolungamento dei giorni di degenza) ☐ significativo (evento che comporta una invalidità temporanea con un prolungamento dei giorni di degenza) ☐ severo (evento che causa morte o grave danno ed invalidità permanente)									
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? ☐ No ☐ Sì Quali? _____									
Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)		Nome e Cognome _____ ☐ Direttore U.O. ☐ Coordinatore infermieristico ☐ Referente SQ/RM ☐ Altro _____							

Figura 3. Modulo di segnalazione Eventi avversi/near miss.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati segnalati 276 eventi totali di cui 36 aggressioni, 145 cadute, 25 eventi avversi, 4 eventi sentinella, 36 near miss e 30 eventi catalogati come "altro". (Tabella 1).

Tipo segnalazione	N°
Aggressione	36
Altro	30
Caduta accidentale	140
Caduta accidentale (Ricaduta)	5
Evento avverso	25
Evento sentinella	4
Near Miss	36
Totale complessivo	276

Tabella 1. Distribuzione segnalazioni.

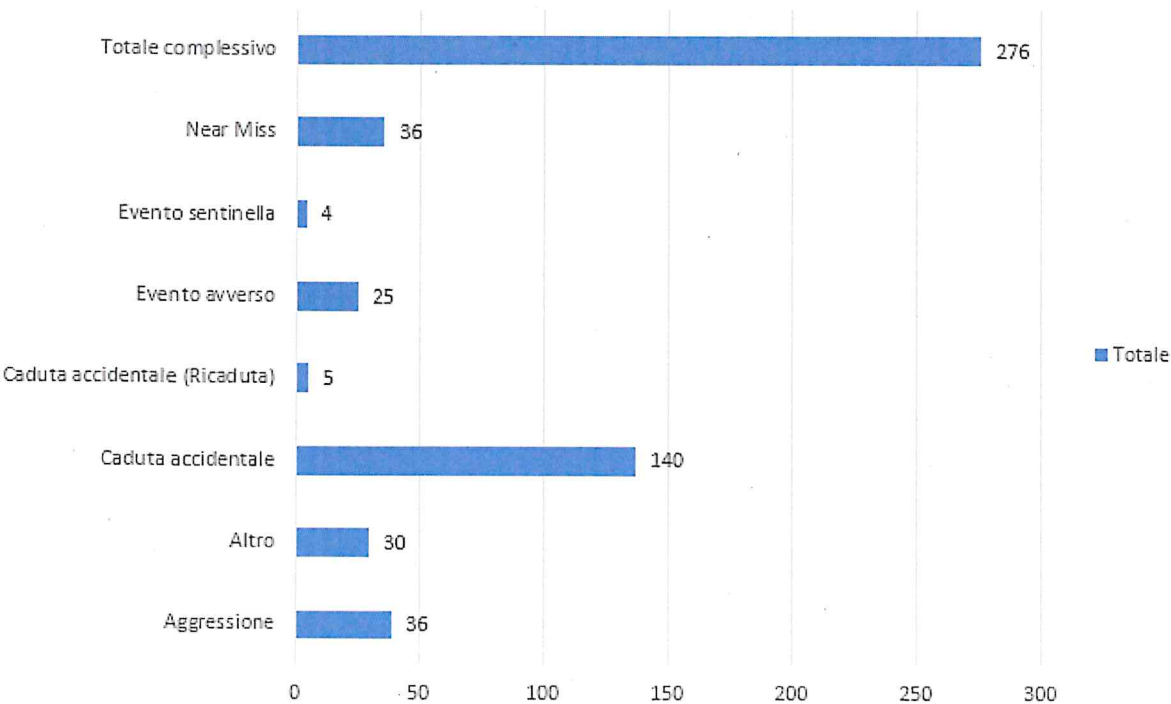


Figura 4. Segnalazioni pervenute mediante sistema di Incident Reporting (Anno 2024).

Il 49.6 % delle segnalazioni pervenute mediante sistema di incident reporting rappresenta eventi di cadute paziente, mentre la restante parte di eventi segnalati sono da riferirsi ad altra tipologia di eventi indesiderati correlati ai processi assistenziali. Nello specifico, laddove si utilizza la voce "altro" si intendono eventi segnalati non ricompresi nelle restanti categorie che sono comunque di minore impatto sulla sicurezza delle cure (ad esempio la gestione alberghiera del paziente).
Le segnalazioni sono state prese di volta in volta in carico dalla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management per i dovuti approfondimenti del caso.

Rispetto ai dati raccolti durante il corso dell'anno 2023, si è assistito ad un sostanziale aumento delle segnalazioni pervenute attraverso il sistema di incident reporting Aziendale. Si è passati infatti da n. 212 segnalazioni del 2023 a n. 276 dell'anno corrente (Tabella 2). Osservando i dati, appare evidente un aumento del numero delle segnalazioni legate al fenomeno delle aggressioni al personale sanitario, mentre risultano leggermente diminuite quelle legate alle cadute dei pazienti in ospedale. Coerentemente con la numerosità dei campioni rilevati negli anni 2023 e 2024, rimangono sostanzialmente stabili il resto delle segnalazioni ricevute.

Tipo segnalazione	Anno 2024	Anno 2023
Aggressione	36	15
Altro	30	1
Caduta accidentale	140	149
Caduta accidentale (Ricaduta)	5	4
Evento avverso	25	10
Evento sentinella	4	2
Near Miss	36	31
Totale complessivo	276	212

Tabella 2. Segnalazioni comparate relative agli anni 2023 e 2024.

Nella tabella 3 di seguito riportata si descrive la distribuzione delle segnalazioni per Struttura Aziendale segnalante.

Struttura coinvolta	Anno 2024	Anno 2023
Atessa	12	5
Chieti - Presidio Ospedaliero	188	146
Guardiagrele - PTA	3	1
Hospice Lanciano	-	1
Lanciano - Presidio Ospedaliero	26	23
Ortona - Presidio Ospedaliero	10	3
Palazzo "ex I.N.A.M."	-	1
Vasto - Dipartimento di Prevenzione	-	1
Vasto - Presidio Ospedaliero	37	31
Totale complessivo	276	212

Tabella 3. Distribuzione segnalazioni per struttura aziendale coinvolta.

Per quanto riguarda la classificazione degli eventi segnalati, sono stati utilizzati i criteri proposti nella *International Classification for Patient Safety (ICPS) – WHO ed. 2009* e in tabella 3 e figura 4 sono riportati i risultati di tale classificazione.

Categoria evento	Anno 2024	Anno 2023
Aspetti amministrativi della gestione clinica	4	6
Comportamenti	44	16
Dispositivi medici/ Attrezzature/Proprietà	6	11
Farmaci e Terapia	6	6
Gestione delle risorse/organizzazione	5	1
Infezioni associate all'assistenza	3	-
Incidenti del paziente	164	153
Infrastrutture/Infissi	1	3
Processi e Procedure	38	15
Sangue ed emoderivati	1	1
Nutrizione	1	-
Totale complessivo	276	212

Tabella 4. Classificazione degli eventi segnalati (Incident Reporting) per categoria di evento.

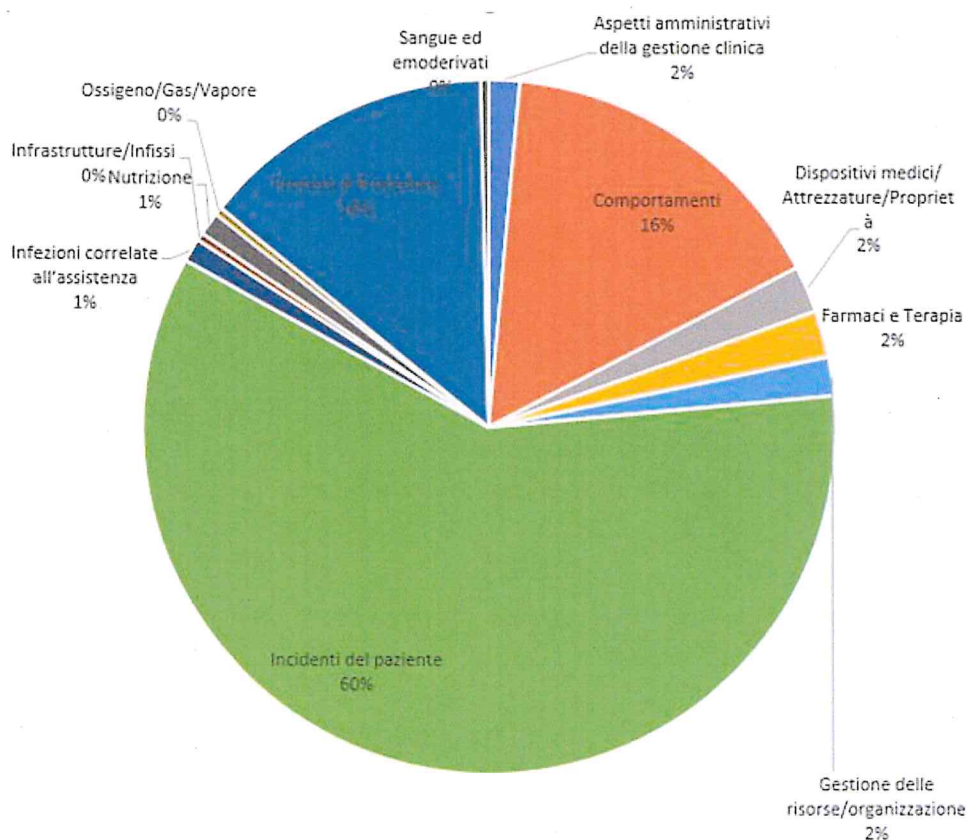


Figura 5. Classificazione degli eventi (Incident Reporting) per Categoria Evento.

Ogni categoria relativa alla tipologia di evento si suddivide inoltre in sottocategorie, dove è stato possibile, pertanto, allocare in maniera più specifica gli eventi ottenendo i risultati rappresentati di seguito nella tabella 5.

Sottocategoria evento	Anno 2024	Anno 2023
Aspetti amministrativi della gestione clinica	4	6
Identificazione del paziente	2	1
Passaggi di consegna	1	3
Ricovero	1	2
Comportamenti	44	16
Molestie/aggressioni verbali	32	9
Suicidio/Tentato suicidio	2	1
Violenza su operatore	10	6
Dispositivi medici/ Attrezzature/Proprietà	6	11
Malfunzionamento	5	4
Non disponibilità	1	6
Uso inappropriato di dispositivo o apparecchiatura	-	1
Farmaci e Terapia	6	6
Stoccaggio	1	1
Monitoraggio	-	1
Prescrizione	1	1
Somministrazione	4	3
Gestione delle risorse/organizzazione	5	1
Adeguatezza organizzativa	5	1
Incidenti del paziente	164	153
Cadute accidentali (Near Miss, Evento Avverso, Caduta)	163	153
Contatto accidentale con oggetto	1	-
Infezioni associate all'assistenza	3	-
Infrastrutture/Infissi	1	3
Infissi	-	1
Struttura	1	2
Nutrizione	3	-
Processi e Procedure	38	15
Assistenza generale	15	10
Campioni e risultati	1	2
Contenzione dei pazienti	1	-
Trattamento/Intervento	11	3
Indagini ed esami diagnostici	4	-
Diagnosi /Valutazione	4	-
Screening/Prevenzione	2	-
Sangue ed emoderivati	1	1
Errori trasfusionali	1	1
Totale complessivo	276	212

Tabella 5. Classificazione degli eventi (Incident Reporting) per sottocategorie.

3. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in ottemperanza a quanto sancito dall'Intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito della quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2011 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato gli stessi, utilizzando lo schema di segnalazione riportato nel seguente diagramma di flusso:

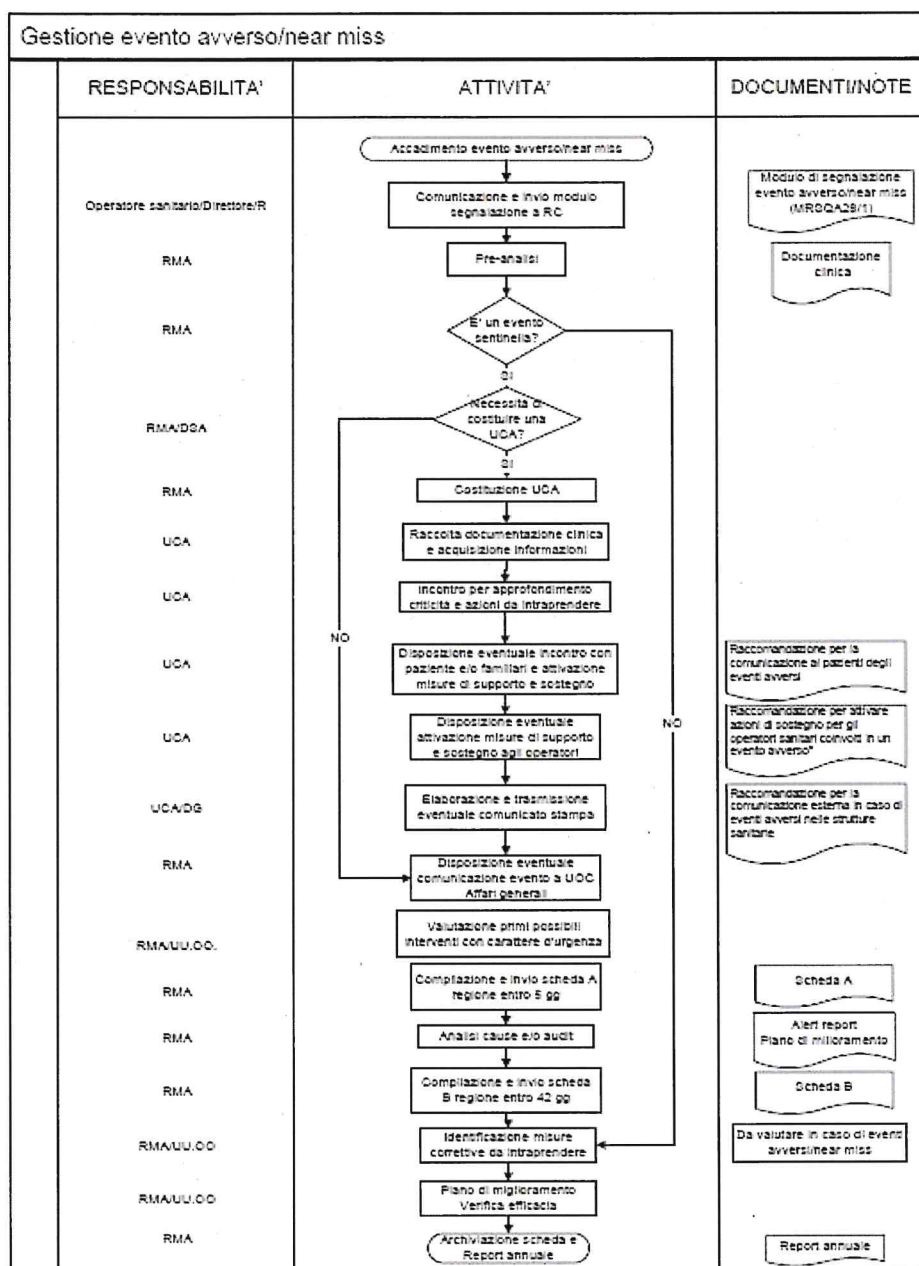


Figura 6. Diagramma di flusso per la gestione degli eventi avversi/near miss.

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, vengono approfondite mediante tecniche di analisi del rischio quali, ad esempio, audit, root cause analysis, etc. In particolare, nel corso dell'anno 2024 sono stati segnalati al SIMES n° 4 Eventi Sentinella con relativi piani di miglioramento individuati per ciascuno di essi. Nell'ambito del proprio sistema qualità, già da diversi anni l'Azienda ha implementato una serie di procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte a ridurre i rischi connessi allo svolgimento delle attività sanitarie, a cominciare da quelli collegati agli eventi sopra indicati anche in ottemperanza alle Raccomandazioni Ministeriali (Tabella 6).

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE	PROCEDURA DI RECEPIMENTO	REVISIONE	DATA
Raccomandazione n°1: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022
	IOSQA09 ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'UTILIZZO DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO	1 Confermata il 28/04/2022	10/04/2013
Raccomandazione n°2: Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	PGSQA29 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DI RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO	4 Modificata scheda conta garze MRSQA29-01 rev.3 24/05/2022	23/07/2018
Raccomandazione n°3: Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	PGSQA31 GESTIONE DELLA SICUREZZA PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE	2 Aggiornato modulo: Check list per la sicurezza in sala operatoria GESTIONE FARMACI E PRESIDI MRSQA31-01 rev.2 09/10/2018	01/09/2017
	IOSQA18 ISTRUZIONE OPERATIVA SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE TRAMITE IL BRACCIALETTO ELETTRONICO	2	05/01/2017
Raccomandazione n°4: Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	PGSQA35 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	2	27/11/2024
Raccomandazione n°5: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	PGSQA62 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO	2	22/09/2021
Raccomandazione n°6: Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	PGSQA64 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA E NEONATALE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	0	28/12/2015
	PGSQA56 PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	1	17/11/2023
	IOSQA47 ISTRUZIONE OPERATIVA CHECK LIST DI SALA PARTO	0	12/11/2019
Raccomandazione n°7: Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022
Raccomandazione n°8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	PGSQA61 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	0	02/12/2015
Raccomandazione n°9: Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	PGSQA60 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTRIMEDICALI	0	17/12/2015
	PGSQA69 PROCEDURA PER LA VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI	0	16/02/2016
Raccomandazione n°10: Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	PGSQA43 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI	1	21/04/2022

Raccomandazione n°11: Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	PG118-01 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE	2	05/06/2020
	PGSQA109 PROCEDURA TRASPORTO SECONDARIO	0 (In fase di revisione)	01/12/2020
	PGSQA56 PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	1	17/11/2023
	IOSQA27 SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO DEGLI ASSISTITI IN REGIME DI A.D.I.	1	10/05/2016
	PCO03 PROTOCOLLO PER LA SELEZIONE E IL TRASPORTO DEI PAZIENTI CON ICTUS	5	23/11/2021
	PGSQA40 GESTIONE PAZIENTE CON POLITRAUMA	1	08/10/2014
Raccomandazione n°12: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022
Raccomandazione n°13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	PGSQA26 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	4 (In fase di revisione)	16/07/2018
Raccomandazione n°14: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	PGSQA59 PROCEDURA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI	1	15/03/2022
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	PGSQA63 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL TRIAGE	0	22/12/2015
Raccomandazione n°16: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	PGSQA64 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA E NEONATALE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	0	28/12/2015
	PGSQA56 PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	1	17/11/2023
Raccomandazione n°17: Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022
Raccomandazione n°18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022
	PGSQA22 GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA INTEGRATA	3	03/04/2018
Raccomandazione n°19: Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	4	07/10/2022

Tabella 6. Procedure Aziendali relazionate alle Raccomandazioni Ministeriali.

Gli eventi sentinella, oltre a prevedere la segnalazione al Ministero della Salute ed alla Direzione Politiche della Salute della regione Abruzzo, vengono analizzati in collaborazione con le Unità Operative coinvolte negli stessi, con una particolare attenzione all'analisi dei fattori che possono aver contribuito al loro determinarsi. I piani di miglioramento aziendali scaturiti dall'analisi degli eventi sentinella vengono sottoposti infine a monitoraggio dal risk management aziendale.

Le procedure vengono periodicamente revisionate alla luce degli aggiornamenti delle Linee Guida e sono tenute sotto costante monitoraggio.

Tutti i regolamenti, le procedure, la modulistica allegata e le raccomandazioni del Ministero della salute sono disponibili sulla pagina del Sito Aziendale <http://www.info.asl2abruzzo.it/qualita/> che indirizzerà direttamente al sito Talete e alla pagina consultazione documenti.

La tabella 7 riporta gli Audit eseguiti nel corso dell'anno 2024 che hanno affrontato problematiche riconducibili alle Raccomandazioni Ministeriali. Per ogni Audit è stato redatto apposito Piano di Miglioramento che in alcuni casi ha dato l'avvio all'iter di revisione delle Procedure Aziendali (tabella 6).

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE	PROCEDURA AZIENDALE DI RIFERIMENTO	N° AUDIT ESEGUITI
Raccomandazione n°3: Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	IOSQA18 ISTRUZIONE OPERATIVA SULLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE TRAMITE IL BRACCIALETTO ELETTRONICO	2
	PGSQA31 GESTIONE DELLA SICUREZZA PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE	1
Raccomandazione n°4: Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	PGSQA35 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE	1
Raccomandazione n°5: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	PGSQA62 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO	1
Raccomandazione n°6: Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	PGSQA64 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA E NEONATALE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	1
	PGSQA56 PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	1
Raccomandazione n°7: Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	3
Raccomandazione n°8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	PGSQA61 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	1
Raccomandazione n°11: Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	PGSQA109 PROCEDURA TRASPORTO SECONDARIO	2
	PGSQA56 PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	1
	PCO03 PROTOCOLLO PER LA SELEZIONE E IL TRASPORTO DEI PAZIENTI CON ICTUS	1
Raccomandazione n°12: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	2
Raccomandazione n°13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	PGSQA26 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	2
Raccomandazione n°14: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	PGSQA59 PROCEDURA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI	1
Raccomandazione n°17: Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	1
Raccomandazione n°18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	PGSQA11 GESTIONE FARMACI	2
	PGSQA22 GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA INTEGRATA	3

Tabella 7. Procedure Aziendali relazionate alle Raccomandazioni Ministeriali.

4. Percorso Femore

La tempestività nel trattamento della frattura del collo del femore, tramite intervento chirurgico, risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità. In particolare, il Piano Nazionale Esiti analizza la capacità delle strutture sanitarie di intervenire chirurgicamente entro 2 giorni per i pazienti di età superiore ai 65 anni come indicatore di sistema che traccia la qualità delle cure nella frattura del collo del femore.

A tal proposito, durante il 2024 sono state elaborate e condivise con le UU.OO coinvolte delle check list per verificare il percorso femore, al fine di verificare le criticità.

Da un'analisi preliminare dei dati relativi al periodo che va dal 30 giugno al 31 dicembre 2024, sono 356 i pazienti operati nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti, di questi, il 58 % (208 pazienti) è stato operato entro le 48 ore dall'arrivo in Pronto Soccorso.

In particolare, laddove non è stato garantito l'intervento chirurgico entro le 48 ore come da raccomandazione di AGENAS, sono state evidenziate le seguenti criticità :

- indisponibilità Sala Operatoria, in 44 casi
- terapia anticoagulante in corso, in 30 casi
- comorbidità, in 35 casi

5. PCO Oncologici

In attuazione ai PDTA regionali approvati con le Delibere di Giunta Regionale, la ASL Lanciano Vasto Chieti ha approvato i PCO (Percorso clinico organizzativo) aziendali per il trattamento del carcinoma del polmone (PCO07) del carcinoma mammario (PCO01) e per il trattamento del carcinoma del colon retto (PCO06), provvedendo a definire all'interno di ciascun documento aziendale la costituzione dei diversi GICO di riferimento per ciascuna patologia. La ASL 02 ha inoltre delineato il percorso oncologico per i pazienti affetti da melanoma (PCO09) e tumore della prostata (PCO02). I PCO oncologici aziendali sopra descritti, sono stati monitorati dalla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management aziendale attraverso audit a cadenza annuale per evidenziare eventuali criticità da sottoporre a piani di miglioramento. A tal riguardo, la criticità predominante resta quella dei tempi di attesa per la stadiazione della patologia oncologica, non sempre raggiunta nei tempi raccomandati.

Al momento, è stata avviata un'analisi preliminare dei dati relativi al percorso del Melanoma sui 329 pazienti presi in carico dal GICO Melanoma durante tutto il 2024, di questi:

- il 91% ha eseguito l'intervento chirurgico entro 60 giorni dalla presa in carico
- il 94% non ha abbandonato il percorso, dimostrando quindi un'ottima aderenza allo stesso

Seguiranno le osservazioni e le analisi complete di tutti i PCO oncologici.

6. Dispositivo-vigilanza

L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni acquisite a tal riguardo al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.

Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore. Anche il fabbricante o il suo mandatario sono tenuti ad analoghe comunicazioni qualora vengano a conoscenza di alterazioni delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico o della inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, nonché delle cause di ordine tecnico e sanitario che hanno causato il ritiro sistematico dal mercato del dispositivo medico da parte del fabbricante medesimo. L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del dispositivo medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute. Nella ASL Lanciano Vasto Chieti è presente una procedura con lo scopo di fornire una guida su percorsi e comportamenti da tenere nell'attuazione della vigilanza inerenti ai Dispositivi Medici su:

- incidenti gravi
- incidenti non gravi
- reclami
- avvisi di sicurezza/ritiri da parte del Ministero

Nel corso del 2024 non sono pervenute segnalazioni attive alla dispositivo-vigilanza.

7. Farmacovigilanza

7.1 Introduzione

I farmaci svolgono un ruolo essenziale nel trattamento e nella prevenzione di molte patologie. Tuttavia, non sono privi di effetti collaterali a volte anche gravi, e non sempre rilevabili prima della loro immissione in commercio, nel corso degli studi clinici, necessari per autorizzarne la commercializzazione ma non sempre sufficienti a delineare completamente il profilo di rischio di un medicinale.

La segnalazione spontanea rappresenta, a tutt'oggi, il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle nuove reazioni avverse che si manifestano dopo l'immissione in commercio di un farmaco. Le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADR, Adverse Drug Reaction in inglese) da farmaci e da vaccini, quindi, consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso dei medicinali, così da renderne più sicuro l'utilizzo, a beneficio di tutta la popolazione.

La nuova normativa europea sulla farmacovigilanza richiede a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa (grave e non grave, nota e non nota), relativa a farmaci e vaccini.

Per reazione avversa si intende qualunque effetto nocivo e non voluto conseguente:

- all'uso di un medicinale conformemente alle indicazioni contenute nell'AIC;
- ad errori terapeutici;
- ad utilizzo non conforme alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio (uso off-label), incluso il sovradosaggio, l'uso improprio, l'abuso;
- all'esposizione per motivi professionali.

Una sospetta reazione avversa può essere segnalata secondo una delle seguenti modalità:

- compilando la scheda di segnalazione e inviandola via e-mail al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza, oppure al Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) del medicinale che si sospetta abbia causato la reazione avversa;
- direttamente sul sito AIFA online

Nella ASL 2 Abruzzo è attivo un sistema di segnalazione inerente all'attività di segnalazione, che fa capo alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Le schede di segnalazione raccolte tramite la segnalazione spontanea vengono inserite dal responsabile aziendale di farmacovigilanza nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza dell'AIFA. Questa è collegata alla banca dati europea (Eudravigilance), coordinata dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e al centro di farmacovigilanza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si trova in Svezia (Uppsala), dove ha sede un archivio mondiale delle segnalazioni delle sospette reazioni avverse.

Si parte quindi dal presupposto che ogni segnalazione rappresenta un sospetto. Questo richiede ulteriori approfondimenti, attraverso un processo che porta, via via, a riconoscere se la reazione descritta può avere una relazione con la somministrazione di un determinato farmaco o vaccino. Il processo di analisi del segnale segue modalità standardizzate in modo che sia sempre possibile confrontarle con altri segnali e altri processi analoghi.

Tali approfondimenti vengono effettuati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza in sinergia con i Responsabili aziendali di farmacovigilanza (RAF), i quali sono tenuti ad operare attraverso una procedura standardizzata che viene aggiornata periodicamente dall'AIFA. Oltre alla relazione temporale fra la somministrazione del medicinale e l'insorgenza della reazione segnalata, vengono sempre tenuti in considerazione anche possibili spiegazioni alternative, precedenti evidenze di letteratura, plausibilità biologica e prove oggettive a supporto della possibile relazione di causalità.

Nel caso in cui siano identificati eventuali segnali di farmacovigilanza essi sono valutati collegialmente a livello europeo con il coinvolgimento del Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'Agenzia Europea dei Medicinali, responsabile della valutazione e del monitoraggio della sicurezza dei medicinali per uso umano. Le valutazioni del PRAC si concludono con raccomandazioni regolarmente pubblicate sul sito dell'Agenzia europea dei medicinali.

7.2 Fonte dei dati e metodi

Per la redazione di questo report i dati sono stati elaborati e forniti dal Responsabile Locale di Farmacovigilanza (RAFV) dell'Azienda ASL Lanciano Vasto Chieti. In particolare sono state considerate le sospette reazioni avverse (ADR) inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) nel corso del 2024. Le segnalazioni prese in esame fanno riferimento alla ASL Lanciano Vasto Chieti e comprendono sia le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaco sia quelle da vaccino, effettuate da cittadini ed operatori sanitari (medici ospedalieri, convenzionati, da struttura privata, farmacisti, infermieri ed altri operatori) residenti od operanti sul territorio aziendale. Il tasso annuo di segnalazione regionale è stato calcolato come numero di segnalazioni per milione di abitanti, utilizzando i dati sulla popolazione residente di fonte ISTAT.

7.3 Andamento temporale delle segnalazioni

Nel corso del 2024 nella ASL 02, sono stati segnalati **42 casi** di reazione avversa da medicinali (farmaci e vaccini). I dati sono stati estrapolati ed analizzati dalla Rete nazionale di farmacovigilanza dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024.

Nella Figura 7 si osserva l'andamento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse pervenute al Responsabile Locale di Farmacovigilanza (RAFV) dell'Azienda ASL Lanciano Vasto Chieti dal 2014 al 2024. In particolare, nel 2020 si osserva un calo del 33% rispetto al 2019 (55 ADR vs 37 ADR), mentre nel 2021 un aumento del 584% rispetto al 2020 (253 ADR vs 37 ADR). Tale dato è attribuibile all'adesione alla campagna vaccinale contro il COVID-19 e alle attività di sensibilizzazione alla segnalazione rivolte al personale sanitario e ai cittadini. Viceversa, nel 2022 si osserva un calo nel numero di segnalazioni che da 253 sono passate a 105 (-58,5%), imputabile anche al rallentamento della campagna vaccinale Covid-19. Nel 2023 con la fine della campagna vaccinale di massa si è tornati ai livelli pre-pandemici, con un lieve incremento delle segnalazioni pari al 23,5% nel 2024 rispetto al 2023 (42 ADR vs 34).

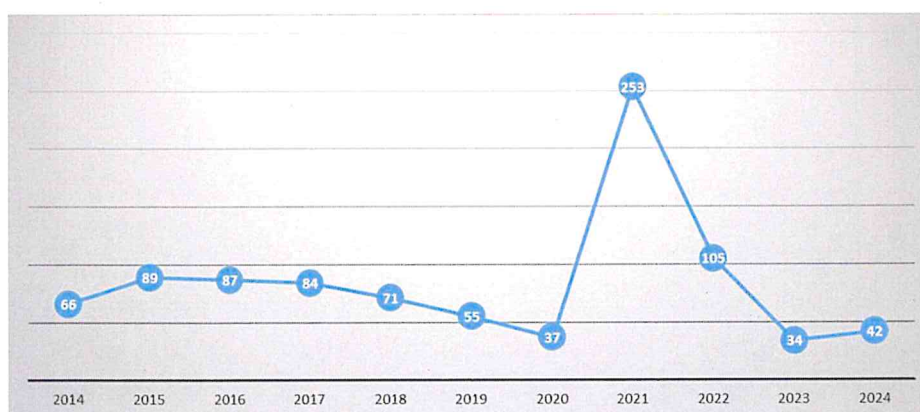
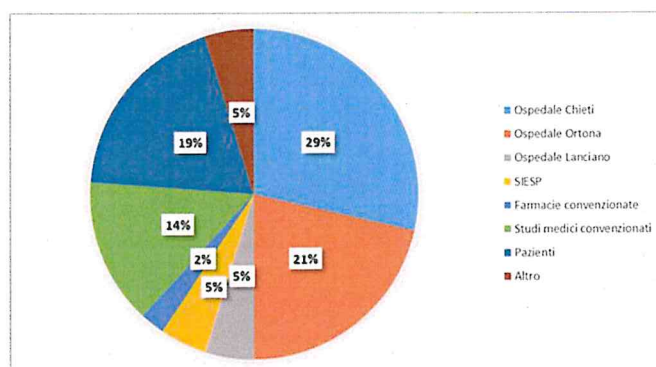


Figura 7. Andamento del numero di segnalazioni dell'ASL 02 Lanciano Vasto Chieti dal 2014 al 2024. - Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

7.4 Provenienza delle segnalazioni e tipologia di segnalatore

La maggior parte delle segnalazioni ricevute dal RAFV è di provenienza ospedaliera 23 su 42 (55%), delle quali 12 dal PO di Chieti, 9 dal PO di Ortona e 2 dal PO Lanciano; le restanti 19 segnalazioni provengono dal territorio. Nella Figura 8 si specificano inoltre la tipologia del segnalatore e la provenienza da cui si evince che, in ambito Ospedaliero, il maggior numero di segnalazioni è stato fornito dalla UOC Clinica Pediatrica di Chieti con 8 segnalazioni, mentre in ambito territoriale le segnalazioni provengono principalmente dai pazienti (8 segnalazioni).



Struttura	N. Schede di Segnalazione (%)
Subtotale Ospedale	23 (55%)
Ospedale Chieti	12 (29%)
Ospedale Ortona	9 (21%)
Ospedale Lanciano	2 (5%)
Subtotale Territorio	19 (45%)
SIESP	2 (5%)
Farmacie convenzionate	1 (2%)
Studi medici convenzionati	6 (14%)
Pazienti	8 (19%)
Altro (studi medici privati)	2 (5%)
Totale complessivo	42 (100%)

Presidio / UO	Segnalazioni
PO Chieti	12
UOC Clinica pediatrica	8
UOC Clinica Neurologica – Centro di sclerosi multipla	2
UOC Clinica Medica – Ambulatorio di Reumatologia	2
PO Ortona	9
Anestesia	4
Oncologia	2
Radiodiagnostica	2
Endoscopia e chirurgia digestiva	1
PO Lanciano	2
Radiodiagnostica	2

Figura 8. Numero di segnalazioni dell'ASL 02 Lanciano Vasto Chieti nel 2024 per struttura di provenienza delle segnalazioni -Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

Andando ad effettuare l'analisi per segnalatore, si nota che il 74% delle segnalazioni è stata effettuata da medici (31 segnalazioni). Tra queste 23 sono di medici ospedalieri, 5 di Medici di medicina generale, 2 di medici privati e 1 segnalazione di un Pediatra di Libera Scelta.

I cittadini hanno effettuato in tutto 8 segnalazioni (19%), seguiti dagli Infermieri con un totale di 2 segnalazioni effettuate. Da parte dei farmacisti invece si riscontra un'unica segnalazione (Tabella 8).

SEGNALATORE	N. ADR	%
PAZIENTE/CITTADINO	8	19,05%
MEDICO Ospedaliero	23	54,76%
MEDICO MEDICINA GENERALE	5	11,90%
PEDIATRA LIBERA SCELTA	1	2,38%
MEDICI NON CONVENZIONATI	2	4,76%
FARMACISTA	1	2,38%
INFERMIERE	2	4,76%
TOTALE	42	100%

Tabella 8. Distribuzione delle segnalazioni nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti per segnalatore, nel 2024 - Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

7.5 Analisi multifattoriale delle reazioni avverse

Le tabelle che seguono descrivono le reazioni avverse in base alle seguenti variabili esaminate: criterio di gravità, apparato anatomico coinvolto, caratteristiche della popolazione e categoria terapeutica.

In particolare, le reazioni avverse gravi sono state il 43 % (18 segnalazioni) e di queste solo in un caso l'esito si è concluso con il decesso del paziente (Tabella 9).

In riferimento alle caratteristiche della popolazione, l'età più rappresentata è stata quella adulta (38%), con una prevalenza nel complesso di pazienti del sesso femminile (64%) (tabella 11).

Nella tabella 9 viene riportata la distribuzione delle ADR in base all'apparato anatomico coinvolto.

Infine, la categoria terapeutica più segnalata è stata quella dei farmaci immunomodulatori (tabella 12).

Criterio di gravità	N. ADR
altra condizione clinicamente rilevante	11
decesso	1
ospedalizzazione o prolungamento della stessa	6
totale	18

Tabella 9 Criteri di gravità delle segnalazioni individuate come "gravi" nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti nel 2024- Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

MedDRA SOC	Numero di segnalazioni	Incidenza %
Patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione	15	19%
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	10	13%
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	10	13%
Patologie del sistema nervoso	8	10%
Patologie gastrointestinali	6	8%
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	5	6%
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	4	5%
Traumatismi, intossicazioni e complicazioni da procedura	4	5%
Infezioni ed infestazioni	3	4%
Patologie cardiache	2	3%
Patologie del sistema emolinfopoietico	2	3%
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	2	3%
Patologie dell'orecchio e del labirinto	2	3%
Patologie vascolari	2	3%
Disturbi psichiatrici	1	1%
Esami diagnostici	1	1%
Patologie dell'occhio	1	1%
Patologie epatobiliari	1	1%
Patologie renali e urinarie	1	1%

Tabella 9. Distribuzione delle ADR da farmaco segnalate per System Organ Class (SOC) nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti nel 2024 - Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

	Totale	M	F
Neonato (0-2 mesi)	1 (3%)	1	0
Infante (3 mesi-2 anni)	3 (7%)	3	0
Bambino (3-11 anni)	5 (12%)	0	5
Adolescente (12-17 anni)	3 (7%)	1	2
Adulto (18-64 anni)	16 (38%)	7	9
Anziano (≥ 65 anni)	9 (21%)	3	6
ND	5 (12%)	0	5
Totale	42 (100%)	15 (36%)	27 (64%)

Tabella 11. Analisi delle segnalazioni nella ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti nel 2024 per sesso e fasce di età - Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02

ATC	Categoria terapeutica	N. ADR	%	di cui gravi	% ADR gravi
L04	Immunosoppressori	12	29%	5	28%
J07	Vaccini	9	21%	6	33%
N01	Anestetici	4	10%	4	22%
V08	Mezzi di contrasto	4	10%		
L01	Citostatici	3	7%	1	6%
A10	Farmaci usati nel diabete	2	5%		
J01	Antibatterici per uso sistemico	2	5%	1	6%
C10	Sostanze modificatrici di lipidi	1	2%		
G03	Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	1	2%		
H05	Calcio omeostatici	1	2%		
M03	Miorilassanti	1	2%	1	6%
N03	Antiepilettici	1	2%		
R05	Preparati per la tosse e malattie da raffreddamento	1	2%		
Totale		42	100%	18	100%

Tabella 12. Analisi delle segnalazioni nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti nel 2024 per categoria terapeutica - Fonte: Servizio Farmaceutica Territoriale ASL 02.

7.6 Analisi dei dati alla luce degli indicatori OMS ed attività a supporto

La numerosità delle segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR) è un criterio cardine per definire un buon sistema di farmacovigilanza, in quanto indica un progressivo coinvolgimento dei segnalatori nella Rete di Farmacovigilanza e una costante attività di monitoraggio. L'OMS ha definito il gold standard un sistema di segnalazione spontanea pari a 300 segnalazioni/anno per milione di abitanti, di cui almeno il 30% delle segnalazioni relative ad eventi gravi ed almeno il 10% delle segnalazioni effettuate da medici.

ANNO 2024 - DATI DI SINTESI

POPOLAZIONE RESIDENTE 2024 (Fonte Istat): 371 219

NUMERO SEGNALAZIONI PERVENUTE: 42

TASSO DI SEGNALAZIONE 2023: 91/1.000.000 ab

TASSO DI SEGNALAZIONE 2024: 113/1.000.000 ab

Delta % 2024 vs 2023 = + **24, 17%**

N (%) SEGNALAZIONI OPERATORI SANITARI: 34 (81,95%)

N (%) SEGNALAZIONI PAZIENTI O ALTRE FIGURE NON SANITARIE: 8 (19,05%)

N (%) SEGNALAZIONI GRAVI: 24 (57,14%)

N (%) DECESSI: 1 (2,38%)

Come rilevato dai dati in Tabella 13, nella ASL 02 nel corso del 2024, il tasso di segnalazione è al di sotto di questo gold-standard. Tale andamento è simile a livello regionale, dove nel corso del 2023 si è registrato un tasso di segnalazione per milione di abitanti pari a 162. Dopo il picco registrato nell'anno 2021, dovuto alle schede da vaccini COVID-19, ed il calo di segnalazioni nel 2022 il trend di decrescita è proseguito anche nel 2023 portando i livelli di segnalazione a valori molto al di sotto di quelli registrati nel periodo pre-pandemia (Figura 7). Tuttavia nel corso del 2024 per la ASL02 si assiste ad una ripresa con un aumento del nel tasso delle segnalazioni (+24%).

Al fine di sensibilizzare medici ed operatori della ASL02, il Servizio aziendale di farmacovigilanza ha nel corso del 2024 effettuato diverse attività ed in particolare:

1. divulgazione Note Informative Importanti
2. corsi di aggiornamento
3. campagna informativa di farmacovigilanza rivolta a cittadini ed utenti
4. progetti regionali di farmacovigilanza

8. Emovigilanza

L'emovigilanza è un sistema, coordinato dal Centro nazionale sangue ed alimentato dal sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni relativi alle reazioni gravi e agli eventi avversi gravi correlati al processo trasfusionale, permettendone l'elaborazione.

Presso la ASL Lanciano-Vasto-Chieti nel corso del 2024 si è verificata una sola segnalazione di una reazione avversa in un paziente ricevente, correlata al processo trasfusionale. La reazione avversa è stata classificata di gravità "lieve" e non ha comportato alcun intervento terapeutico né danni particolari per il paziente.

In azienda è attiva una procedura interna di emovigilanza in uso presso la UOC di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia ed è in vigore ed applicata la procedura aziendale per la prevenzione delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO.

9. Piano annuale di Rischio Clinico

9.1 Risultati Piano di miglioramento 2024

Di seguito si riportano a consuntivo le attività realizzate rispetto a quanto programmato nel Piano annuale di Rischio Clinico 2024.

a) Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e integrazione ospedale-territorio

La Medicina del territorio è la risposta alle criticità emerse durante la pandemia in quanto rappresenta un sistema di “sanità diffusa” vicina alle persone. Appare evidente che tale riforma necessiti di strumenti di relazione tra i professionisti collegati a obiettivi di salute tali da rendere le prestazioni sanitarie omogenee e equamente accessibili a tutti i cittadini, a prescindere dalle caratteristiche geografiche o di logistica, grazie a reti assistenziali diffuse sul territorio (es. MMG/PLS, Case di Comunità, ambulatori infermieristici, etc.). La nuova rete sanitaria deve essere in grado di articolarsi in strutture intermedie e servizi erogabili in telemedicina, con la finalità di potenziare l’offerta sul territorio garantendo una vera integrazione dei servizi sociosanitari.

La diffusione dei punti di erogazione e assistenza sul territorio nasce dall’esigenza di realizzare una “medicina di prossimità”, dove la presa in carico e le risposte assistenziali devono svilupparsi vicino alle persone e ai loro bisogni, evitando spostamenti verso centri di cura talora difficili da raggiungere per motivi fisici, logistici e territoriali. Nel corso del 2024 l’Azienda si è impegnata a definire i percorsi di nuovi setting assistenziali previsti dal PNRR, quali le Case di Comunità, gli ambulatori infermieristici; è stata istituita la rete delle Centrali Operative Territoriali (COT), necessarie a supportare e favorire le transizioni dei pazienti da setting assistenziali ad altri in base al bisogno di salute degli stessi. E’ stato infine avviato un Progetto di Telemedicina per le aree interne disagiate della provincia di Chieti al fine di garantire la presa in carico di patologie croniche, quali Chirurgia Oncologica della mammella, BPCO, scompenso cardiaco, diabetologia, neurologia e la teleradiologia.

b) Formazione

Anche per il 2024 sono stati pianificati e svolti eventi formativi (tabella 14) rivolti al personale sanitario e sociosanitario della ASL con il fine di:

- sviluppare competenze e conoscenze con l’obiettivo di promuovere all’interno delle diverse UU.OO. aziendali il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure;
- rafforzare la rete dei referenti qualità e rischio clinico;
- aumentare la consapevolezza che gli strumenti della qualità e del rischio clinico e le buone pratiche sono indispensabili da adottare per la sicurezza dei pazienti e delle cure.

Data di esecuzione:	Evento formativo:
Edizione n.1: Chieti 9-10 aprile Edizione n.2: Lanciano 16 – 17 aprile Edizione n.3: Vasto 7-8 maggio Edizione n.4: Chieti 11-12 novembre	CORSO BASE TEORICO-PRATICO SUL RISCHIO CLINICO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE
Edizione n.1: Chieti 12/03/2024 Edizione n.2: Chieti 13/03/2024 Edizione n.3: Chieti 28/05/2024 Edizione n.4: Chieti 29/05/2024	PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBIENTE OSPEDALIERO
3 edizioni aprile/maggio - 2024 (due incontri da 4 ore per edizione) Chieti	NASCITA DI UNA VITA: TRA STRESS E UMANIZZAZIONE
Edizione n.1: Chieti 29/10/2024 Edizione n.2: Chieti 21/11/2024 Edizione n.3: Chieti 4/12/2024	CORSO TEORICO-PRATICO RIVOLTO AI REFERENTI QUALITÀ' PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Tabella 14. Eventi formativi svolti nell'anno 2024 dalla UOC Qualità, Accredитamento e Risk Management.

c) Prevenzione infezioni correlata all'assistenza

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano in tutto il mondo un problema prioritario di salute pubblica per la loro frequenza e gravità. Nel corso del 2024 la U.O.C. Qualità, Accredитamento e Rischio Clinico ha continuato a lavorare con la rete dei referenti qualità e rischio clinico sensibilizzando le UU.OO. aziendali sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), individuato, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in aumento rappresentando uno dei maggiori problemi che influisce in modo significativo sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza sanitaria.

Nel corso del 2024 è stato portato avanti, in continuità con il 2023, il lavoro di monitoraggio sulla corretta applicazione dei bundle utilizzati nella ASL [Bundle per la prevenzione delle Infezioni Urinarie associate a catetere; Bundle per il controllo della trasmissione di Microrganismi multi-resistenti (MDRO); Bundle per la prevenzione delle infezioni da Clostridium difficile; Bundle per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC); Bundle per la prevenzione delle Infezioni intravascolari associate a dispositivo; Bundle per la prevenzione delle Polmoniti Associate al Ventilatore (VAP)] e sulle relative procedure aziendali mediante somministrazione di apposita checklist di verifica e successiva predisposizione di relativi report di monitoraggio.

Alla luce del "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", recepito dall'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti N. 233/CSR del 30/11/2022- PNRR punto 6, in cui si ribadisce l'importanza della Governance del Rischio Infettivo, il Nucleo Aziendale Strategico Rischio Infettivo E Antimicrobico Resistenza (NASRI-A) (giusta Delibera del Direttore Generale n. 1543/2023 del 13/10/2023) ha intrapreso dei percorsi aziendali finalizzati alla sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico resistenza. In particolare, è stato dato mandato alle infermiere specialiste

del rischio infettivo (ISRI) di eseguire giri di sicurezza nelle UU.OO. di degenza nelle quali l'attività di monitoraggio microbiologico eseguito a livello aziendale ha individuato maggiori criticità. Attraverso questo strumento di gestione del rischio infettivo, è stato inoltre possibile effettuare formazione sul campo con gli operatori coinvolti nei percorsi di cura all'interno delle suddette UU.OO. E' stato infine realizzato il Corso di Formazione "Link professional", con l'obiettivo di formare all'interno di ciascuna UU.OO. aziendale due professionisti, rispettivamente 1 della Dirigenza Medica e 1 del Comparto, sulla Prevenzione e Controllo delle ICA e sul contrasto all'Antimicrobico-resistenza. I link professional così formati hanno il compito di sensibilizzare i propri colleghi di reparto e di monitorare all'interno della propria U.O. la corretta applicazione delle buone pratiche assistenziali e delle procedure/protocolli aziendali su tali tematiche. Per perseguire il contrasto all'antimicrobico-resistenza, infine, il Team di Antimicrobial Stewardship istituito con la stessa delibera del NASRI-A, ha prestato attività di consulenza nelle UU.OO. al fine di guidare i professionisti alla corretta e appropriata scelta della terapia antibiotica in termini di scelta della molecola, rivalutazione in itinere e durata della terapia stessa.

d) Prevenzione e contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie

Gli atti di violenza negli ambienti di cura purtroppo costituiscono un fenomeno in crescita.

L'aumento delle condotte aggressive nei confronti degli operatori sanitari, ampiamente riportato in stime epidemiologiche e comunicazioni mediatiche, è fenomeno riconducibile ad una complessa interazione di fattori sociali e di deriva culturale.

La percezione istituzionale del fenomeno, già oggetto della Raccomandazione Ministeriale n. 8, ha dato luogo ad una risposta normativa nella Legge 113, in vigore nello stato italiano dal 24 settembre 2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni". Oltre a proseguire l'attività di monitoraggio degli episodi di violenza, la ASL ha provveduto a stipulare un protocollo d'intesa tra il Commissariato del Governo, le Forze dell'Ordine e la ASL al fine di concorrere alla tutela del personale sanitario nei riguardi di condotte aggressive, verbali o fisiche, da parte di pazienti ambulatoriali o degenti, accompagnatori, visitatori ai danni di operatori sanitari e sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni.

e) Supporto e coordinamento per la redazione di Documenti aziendali (Procedure, protocolli, etc)

Nel corso del 2024 si è continuato a fornire supporto metodologico nel coordinamento di diversi gruppi di lavoro Aziendali (tabella15) per la redazione e/o revisione di diversi documenti appartenenti al sistema di gestione documentale che afferisce al Servizio di Qualità Aziendale.

Codice	Documento	Rev	Data revisione
PGSQA102	EROGAZIONE DI ATTIVITÀ DI NUTRIZIONE CLINICA ED ARTIFICIALE DOMICILIARE	2	03/07/2024
PGSQA112	PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA POLIZIA MORTUARIA E MEDICINA NECROSCOPICA	0	08/07/2024
PGSQA116	PROCEDURA FAST-TRACK	0	29/07/2024
PGSQA124	PROCEDURA MODALITÀ DI SEGNALAZIONE MALATTIE INFETTIVE (PREMAL)	0	10/01/2024
PGSQA125	PROCEDURA PRESA IN CARICO PER LO SCREENING DI TBC E PRINCIPALI MST E PER LA PROFILASSI ATTIVA NELLA POPOLAZIONE RTP1	0	19/03/2024
PGSQA126	GESTIONE DELLE RICHIESTE PROVENIENTI DALLA MAGISTRATURA DI SORVEGLIANZA SU SOGGETTI DETENUTI/INTERNATI E NON NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA ASL2 ABRUZZO	0	05/04/2024
PGSQA127	PROCEDURA PREVENZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI	0	12/06/2024
Codice	Documento	Rev	Data revisione
DVA-05	MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)	0	13/05/2024
Codice	Documento	Rev	Data revisione
IOSQA13	ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'INGRESSO DI PERSONALE ESTERNO IN SALA OPERATORIA	1	13/05/2024
IOSQA41	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA SANIFICAZIONE DELLA VASCA PER PARTO IN ACQUA	1	03/04/2024
IOSQA81	ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'ATTIVITÀ SANITARIA NOTTURNA PRESSO IL PTA DI CASOLI	0	17/06/2024
IOSQA82	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DEI CASI DI MORBILLO	0	30/04/2024
IOSQA85	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLE ONDATE DI CALORE	0	13/07/2024
Codice	Documento	Rev	Data revisione
PCO01	PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO	12	03/07/2024
PCO23	PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO DELLA CIRROSI EPATICA	1	13/05/2024
PCO27	PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ	0	18/07/2024
PCO28	PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEPRESSIVI	0	03/09/2024

Tabella 15. Redazione e/o revisione documenti UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management.

9.2 Piano di miglioramento 2025

Il Piano di miglioramento 2025 è stato predisposto sulla base dell'analisi del sistema di incident reporting e degli eventi sentinella, nonché sulla base delle principali indicazioni Ministeriali e Regionali che individuano le aree di attività su cui le Aziende Sanitarie dovranno lavorare.

Le linee di azione riportate di seguito rappresentano alcune delle attività a cui la UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management lavorerà nel 2025 individuate sulla base delle analisi condotte, alle quali andrà ad aggiungersi ogni intervento che si riterrà utile e necessario attuare anche sulla base delle richieste e direttive emergenti della Direzione Strategica aziendale.

a) Prevenzione cadute

Presso l'Azienda, dal 2011 è vigente una specifica procedura (PGSQA26) sulla Prevenzione delle cadute in ospedale, a fronte di una sistematica rilevazione del rischio specifico di caduta sui pazienti entro breve tempo dall'ingresso in reparto mediante apposita scheda di valutazione, indica una serie di azioni di prevenzione da attuare a cura del personale sanitario. La stessa procedura prevede inoltre che ogni caduta accidentale in corso di ricovero, venga segnalata mediante scheda di incident reporting sia alla UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management che alla Direzione Medica di Presidio, ai fini di monitoraggio del fenomeno e per l'individuazione di azioni correttive mirate.

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

- Revisione della procedura aziendale "Prevenzione e Gestione delle cadute della persona assistita"
- Distribuzione di brochure informative per il paziente (Brochure rischio cadute in ospedale) e di poster affissi in tutti i reparti per informare e coinvolgere i pazienti e di poster affissi in tutte le guardiole degli infermieri con le informazioni per la prevenzione delle cadute.
- Revisione della documentazione infermieristica e della scheda per la valutazione del rischio cadute.

Nel corso degli anni sono stati attivati una serie di incontri multiprofessionali all'interno dell'equipe, mirati ad un approfondimento dei contenuti della procedura aziendale con particolare attenzione alle modalità di comunicazione del rischio caduta e dei possibili accorgimenti utili a fini di prevenzione tra il personale sanitario e i pazienti/familiari.

Da questi incontri è emersa l'importanza, nell'ambito delle possibili strategie preventive di questo fenomeno, del counselling e dell'educazione terapeutica di pazienti e caregivers, sia in termini di formazione rivolta agli operatori che nella realizzazione di supporti informativi strutturati per gli utenti.

Al fine di identificare fattori ambientali che possano aumentare i potenziali rischi di caduta dei pazienti, ma anche dei visitatori e degli operatori, è stata introdotta una verifica ordinaria e periodica degli stessi mediante l'utilizzo di checklist ambientale per la valutazione e prevenzione del rischio cadute (MRSQA26/2). L'analisi delle check list ambientali consentirà di pianificare gli interventi necessari mediante una mappatura del rischio caduta a livello aziendale.

Nel corso del 2024 inoltre è stata effettuata una survey sulle cadute in ospedale dedicata al personale Infermieristico e OSS per valutare la percezione e la dimensione del problema del fenomeno all'interno del comparto.

Per il 2025, considerando le evidenze emerse anche attraverso la survey sul personale sanitario, al fine di mantenere in continuo aggiornamento il personale coinvolto nell'assistenza quotidiana (soprattutto verso pazienti fragili bisognosi di specifica ed adeguata assistenza) ed alla luce delle ultime evidenze scientifiche che suggeriscono la formazione del personale sanitario come principale caposaldo, la UOC Qualità e Rischio Clinico della ASL02, ha pianificato una serie di eventi formativi per sensibilizzare gli operatori sanitari al rischio caduta in ospedale oltre per una revisione efficace della procedura. Il fine è quello di rendere sempre più snella e fruibile la procedura aziendale al fine da cercare di diminuire il numero di cadute all'interno delle UUOO Aziendali dal momento dell'ingresso e quindi della presa in carico del paziente. Inoltre, si proporrà l'implementazione del sistema di identificazione del paziente a rischio caduta, prevedendo l'utilizzo di un braccialetto di colore rosso come alert.

b) Formazione

Anche per il 2025 sono stati predisposti eventi formativi rivolti al personale sanitario e sociosanitario della ASL con il fine di: