



RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024-2025 (DCA n.20 del 7/3/2022)	 
Documento di Direzione	

RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE
E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2023



DATA DI VALUTAZIONE	06/02/2025
PERIODO DI ANALISI	Anno 2024
OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	Fondazione via delle Stelle Hospice via delle Stelle – Reggio Calabria

STATUS	FUNZIONE	NOME COGNOME	Firma
<i>Elaborato</i>	Risk Manager	Dott.ssa Ignazia Barbera	<i>Dott.ssa Ignazia Barbera</i>

<i>Destinatari</i>	Cittadini ed Istituzioni
--------------------	--------------------------

Questo documento è di proprietà ed uso esclusivo della Fondazione via delle Stelle esso non può essere copiato o riprodotto in alcun modo senza l'autorizzazione della Direzione dell'Istituto. Il documento può essere non firmato in quanto elaborato elettronicamente.

1	PREMESSA E SCOPO	2
2	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	2
2.1	Presentazione Hospice via delle Stelle	2
2.2	L'Assetto Organizzativo Aziendale per la Gestione del Rischio	2
2.3	Le Fonti informative del Piano per la Gestione del Rischio	3
3	SCHEDA DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI / FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	4
3.1	Incident Reporting (Quasi Eventi - Eventi senza esiti - Eventi Avversi –Eventi Sentinella)	4
3.2	Cadute	5
3.3	Infezioni Correlate All'assistenza (ICA)	6
3.4	Lesioni Da Pressione	7
3.5	Farmacovigilanza	7
3.6	Segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori	8
3.7	Emovigilanza	9
3.8	Reclami, Non Conformità e Segnalazioni dei cittadini/pazienti per la gestione del rischio ...	9
3.9	Sinistri e Richieste Risarcimento Danni	10
3.10	Applicazione Delle Raccomandazioni Ministeriali	10
3.11	Prevenzione Legionellosi	11
4	ALTRI STRUMENTI DI RILEVAZIONE/ANALISI DEL RISCHIO	12
5	FORMAZIONE SULLA SICUREZZA.....	12
6	CONCLUSIONI	12

<p>RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p>ANNO 2024-2025</p> <p><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	 
<p>Documento di Direzione</p>	

1 PREMESSA E SCOPO

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, IOM 1999).

La gestione del rischio, o “Risk management”, interessa tutte le aree coinvolte nel processo clinico-assistenziale del paziente. Non si basa sulla ricerca della responsabilità individuale, ma sulla ricerca della causa che ha portato all’evento.

La presente relazione intende evidenziare come la gestione delle segnalazioni inerenti il rischio e in particolare il rischio clinico siano a tutti gli effetti parte essenziale di un sistema di gestione che apprendendo dagli errori evolve secondo le logiche del miglioramento continuo delle prestazioni.

Per questo motivo saranno elencati oltre agli strumenti di monitoraggio attivati per la prevenzione del rischio, anche i dati di sintesi delle segnalazioni e soprattutto le principali azioni intraprese.

2 DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

2.1 Presentazione Hospice via delle Stelle-Reggio Calabria


Il Centro Cure Palliative –Fondazione Hospice via delle Stelle è una struttura territoriale accreditata con la Regione Calabria per 10 posti letto, 1 posto DH e 40 posti domiciliari. Realizza attività di cure palliative residenziali in convenzione con il servizio sanitario nazionale, all’interno della rete locale di cure palliative della Provincia di Reggio Calabria secondo l’accordo contrattuale per la fornitura di prestazioni in Hospice tra l’Azienda ASP di Reggio Calabria e la Fondazione via delle Stelle.

Il Centro Cure Palliative è una struttura territoriale residenziale extraospedaliera ubicata in via delle Camelie snc Reggio Calabria

Nel 2024 sono state erogate n. 3.636 giornate di degenza e n. 41 pazienti dimessi con una degenza media per paziente di 28 giorni.

2.2 L’Assetto Organizzativo Aziendale per la Gestione del Rischio

L’Hospice via delle Stelle ha definito la propria organizzazione e rese note le funzioni di ciascuno per perseguire coerentemente la propria Mission e la propria Vision e per raggiungere gli obiettivi annualmente stabiliti. L’organizzazione tiene conto del ruolo che l’Hospice ha assunto in questi anni a supporto e integrazione del Servizio Sanitario Regionale e soprattutto della necessità di erogare prestazioni e servizi che garantiscano il cittadino in termini di appropriatezza, esiti, sicurezza, continuità assistenziale.

<p align="center">RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p align="center">ANNO 2024-2025</p> <p align="center"><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	
<p align="center">Documento di Direzione</p>	

Il Sistema per la gestione del rischio è parte integrante del sistema organizzativo aziendale e trova riscontro nei diversi documenti nati con il modello di Accreditamento Regionale e via via revisionati per riuscire ad integrare in un unico modello le diverse esigenze organizzative della struttura.

Le funzioni introdotte dal modello e richiamate dai documenti aziendali sono essenzialmente il Risk Manager e i Facilitatori del Rischio. Il Risk Manager, in collaborazione con i Facilitatori ha anche il compito di:

- Monitoraggio integrato dello stato del rischio;
- Analisi di report periodici per valutare l'efficacia delle attuali azioni di contenimento;
- Monitoraggio normativo per individuare tempestivamente nuovi adempimenti a carico dell' Hospice (compresi i flussi informativi es. STS etc.);
- Monitoraggio iniziative e best practice diffuse da letteratura scientifica o di settore per proporre azioni di miglioramento;
- Redazione del Piano di Gestione del Rischio;
- Individuazione dei bisogni formativi legati agli sviluppi normativi o alle azioni previste dal piano di gestione del rischio;

Le modalità operative di gestione del Sistema sono definite nelle Procedure richiamate.

Per l'identificazione dei rischi si sono utilizzate nel CCP tutte le fonti informative disponibili avendo cura di implementarle, migliorarle e renderle tempestive e fruibili anche per gli operatori.

2.3 Le Fonti informative del Piano per la Gestione del Rischio


Il Piano è predisposto tenendo conto di indicazioni, normative e raccomandazioni emesse dai soggetti che determinano ed influenzano il contesto in cui operano gli ospedali, ed in particolare:

- Ministero della Salute;
- Regione Calabria;
- AGENAS;
- Società Scientifiche di riferimento;
- Rete Cure Palliative con cui l'Hospice si rapporta per specifici percorsi e/o processi

La Direzione medica svolge attività di verifica e controllo periodica sulla effettiva utilizzazione all'interno dell'Hospice delle procedure emanate, secondo i principi e le regole adottate dalla stessa organizzazione ed ispirate alle norme Ministeriali e ISO 9001 per la implementazione di Sistemi Gestione Qualità e Sicurezza.

Tale controllo verte sia sulla corretta applicazione delle procedure e dei protocolli individuati e resi operativi sia sull'efficacia del sistema di prevenzione del rischio clinico. Nelle riunioni periodiche d'équipe vengono evidenziate le potenziali criticità quando il coordinatore, insieme al responsabile medico ne ravvisano la necessità.

La dimensione e la tipologia di prestazioni dell'Hospice è tale per cui negli anni il fenomeno degli eventi avversi è stato limitato di fatto alle cadute, tuttavia il Sistema per la gestione del rischio prevede una serie di flussi informativi ritenuti comunque utili e necessari per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio degli eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Le principali fonti attivate sono:

<p align="center">RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p align="center">ANNO 2024-2025</p> <p align="center"><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	
<p align="center">Documento di Direzione</p>	

Fonti informative minime:

- Incident Reporting;
- Cadute;
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Lesioni da pressione;
- Farmacovigilanza;
- Segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori
- Dispositivovigilanza;
- Emovigilanza;
- Reclami e Non Conformità;
- Sinistri e Richieste di Risarcimento;
- Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali;

Ulteriori strumenti/fonti informative

- Audit Clinici;



Strumenti previsti dal sistema di gestione per la qualità quali:

- risultati di audit organizzativi interni ed esterni,
- analisi delle cartelle cliniche,
- indicatori previsti dal Piano Indicatori, ecc..

3 SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI / FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

3.1 Incident Reporting (Quasi Eventi - Eventi senza esiti - Eventi Avversi –Eventi Sentinella)



Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie (6° Criterio – Appropriatezza clinica e sicurezza) • DM 2 aprile 2015, N 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del rischio clinico • Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2009
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>L’Incident Reporting è la modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi e dei “quasi eventi” (near miss) ed eventi sentinella allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il riaccadimento futuro.</p> <p>L’Hospice si è dotato di un sistema di gestione delle criticità che prevede la segnalazione da parte di tutti gli operatori di eventi non conformi alle procedure aziendali, disservizi e di eventi avversi attraverso l’utilizzo di un modulo che viene inviato alla Direzione.</p>

<p>RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p>ANNO 2024-2025</p> <p>(DCA n.20 del 7/3/2022)</p>	 
Documento di Direzione	

	<p>Le schede vengono prese in carico dalla Direzione che procede ad un'indagine a seconda della gravità e delle implicazioni di rischio dell'accadimento e attua o programma le adeguate azioni di miglioramento al fine di evitare il ripetersi dell'evento.</p> <p>Quasi Eventi: Situazione che avrebbe potuto provocare un evento per il paziente (evitato per abilità dei professionisti o per fortuna);</p> <p>Eventi senza esiti: Accadimento che aveva la potenzialità di dare origine ad un danno per il paziente. È successo qualcosa di imprevisto, ma il paziente non ha avuto conseguenze.</p> <p>Evento Avverso: Evento che procura un danno a un paziente, legato alla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia. È successo qualcosa di imprevisto che ha avuto conseguenze negative sul paziente.</p> <p>Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario (Protocollo Ministero della Salute, 2007). Le conseguenze per il paziente sono state gravissime. Gli eventi Sentinella vengono comunicati tramite Schede ministeriali A e B (SIMES).</p> <p>Gli Incident Reporting vengono registrati su appositi moduli.</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi Eventi: 0 • Eventi senza Esiti: 0 • Eventi Avversi: 0 • Eventi Sentinella: 0
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Continua l'opera di sensibilizzazione del Personale nelle riunioni di Equipe.</p> <p>Al fine di garantire l'assenza di eventi avversi.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Gli obiettivi sono di mantenere il sistema di segnalazione e analisi diventando sempre più rigorosi e tempestivi nell'attuare eventuali azioni preventive e di miglioramento.</p>



3.2 Cadute

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">Ministero della Salute - Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie				
Descrizione strumento/flusso informativo	Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane e le persone in fase terminale della vita presentano un maggior rischio di caduta. Le Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute sono state utilizzate per redigere e implementare un piano prevenzione cadute che migliora la modalità preesistente di prevenzione di questo tipo di rischio.				
Analisi del rischio, dati e criticità					
	Indicatore	Anno	N° giornate degenza	N° eventi	Tasso ‰
	n° cadute /(n° giornate di degenza totali / *1000)	2024	3636	2	0,55

RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024-2025 <i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i>		 
Documento di Direzione		
	<p>Nel 2024 si contano 2 cadute su 41 pazienti dimessi. Le cadute non hanno dato esiti. Si tratta per lo più di ospiti cachettici e con disorientamento T/S. Tutti si trovavano soli nella stanza (Famiglie fragili)</p>	
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Molta attenzione è posta sulla prevenzione delle cadute in Hospice; di fatto, pur con le necessarie attenzioni assistenziali, le cadute sono relativamente frequenti in Hospice. Nell'anno 2023, a causa della poca presenza dei parenti, gli ospiti si sono sempre trovati spesso soli nella loro stanza. Molti presentano scadenti condizioni di nutrizione, una buona parte dei pazienti è confusa, in terapia antipsicotica, con ridotto stato di vigilanza, causa anche di terapia antalgica e sedativa, e, quasi la totalità degli ospiti presenta ridotta o assente autonomia nelle attività di vita.</p> <p>Occorre precisare che in cure palliative viene privilegiata la qualità di vita, e quindi il diritto di potersi muovere liberamente, inteso come libertà del proprio corpo, condizione necessaria alla vita umana stessa; si intende che pazienti e familiari vengono edotti dei rischi che corrono in caso di abbandono delle regole in tema di sicurezza.</p>	
Valutazione risultati e prospettive future	<p>L'obiettivo è comunque quello di ridurre questo fenomeno; In effetti vi è stata una riduzione del 50% rispetto all'anno 2023. Le due cadute sono occorse allo stesso paziente, malgrado la presenza del caregiver.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occorre rafforzare la sensibilità del personale alla segnalazione degli eventi e alla comunicazione ai pazienti degli aspetti legati al rischio. 	

3.3 Infezioni Correlate All'assistenza (ICA)

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. World Health Organization, 2011. • CCM. I siti del network: Infezioni correlate all'assistenza. http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm • Newsletter. Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza – CCM. Aggiornamento Aprile 2012 • <u>"Economic evaluations of interventions to prevent healthcare-associated infections – literature review"</u> Ecdc, aprile 2017 • Le pagine del sito Oms dedicate al <u>World Hand Hygiene Day 2017</u> • Plos Medicine: <u>"Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study"</u>, 19 ottobre 2016
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>Le infezioni correlate all'assistenza vengono registrate in cartella clinica e riportate mensilmente in apposito strumento.</p> <p>I pazienti in Hospice frequentemente entrano con infezioni in atto in corso di antibiotico terapia. La tipologia dei malati in Hospice caratterizzata da malattie in fase terminale, stato frequentemente cachettico, immunocompromesso, presenza di anemia, più facilmente va incontro ad episodi infettivi, specie a carico delle vie urinarie.</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	<p>Nel 2024 sono stati monitorati tutti i pazienti riguardo alle infezioni delle vie urinarie e la presenza o meno di lesioni da decubito. Sei pazienti presentavano una IVU all'ingresso. In tutto si sono verificate 6 IVU su 31 ospiti dimessi nell'anno. Nel corso della degenza si rilevano per lo più infezioni delle vie urinarie in pazienti cachettici e anemici con catetere vescicale in situ. Tutte le IVU erano sostenute da germi comuni e si sono risolte dopo un ciclo di antibiotico terapia ad ampio spettro.</p>

<p align="center">RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p align="center">ANNO 2024-2025</p> <p align="center"><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	 
<p align="center">Documento di Direzione</p>	



	<p>Talora i pazienti entrano in Hospice con infezioni delle vie urinarie in atto. Nel corso della degenza si rilevano per lo più infezioni delle vie urinarie in pazienti con catetere vescicale in situ, cachettici e anemici.</p> <p>La situazione è sotto controllo.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Richiamo periodico in riunione d'équipe alla messa in atto delle procedure, protocolli, istruzioni e regole comportamentali comuni relative alle precauzioni standard e speciali per prevenire la trasmissione di microrganismi.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel 2025 si continuerà la rilevazione puntuale al fine di svolgere un'ulteriore valutazione sull'argomento</p>

3.4 Lesioni Da Pressione

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Raccomandazioni Nazionali per la prevenzione delle lesioni da decubito.</p>
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>Rilevazione del rischio in cartella clinico-assistenziale integrata, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione. Monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione).</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	<p>Dati di tutte le infezioni emerse nel periodo 01/01-31/12/2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> 32 pazienti presentavano lesioni da pressione all'ingresso, 20 pazienti su 31 dimessi si sono registrate lesioni da pressione acquisite nel corso della degenza, che subentrano specialmente negli ultimi giorni di vita (stato cachettico).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Verrà implementato lo strumento di raccolta statistica dei dati alla chiusura della cartelle.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>I pazienti spesso entrano già con lesioni da pressione. L'obiettivo del personale dell'Hospice è laddove possibile ridurle, migliorando la degenza del paziente.</p> <p>Al fine di avere un dato sempre attendibile è necessario continuare ad investire sull'uniformità di valutazione da parte del personale.</p>

3.5 Farmacovigilanza



Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento UE 1235/2010 Direttiva 2010/84/UE Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano). Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza.
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.</p> <p>Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso.

RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024-2025 <i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i>	 
Documento di Direzione	

	<ul style="list-style-type: none">• promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali.			
Analisi del rischio, dati e criticità	Vedi anche punto 1 <i>Incident Reporting</i>			
	Rischi gestione farmaci	Procedura	Eventi Rilevabili	N° di casi
	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA “Look-alike/sound-alike”	Si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Raccomandazione per la ricognizione e riconciliazione farmacologica	si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale)	0
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Nella scelta della strategia farmacologica più appropriata facciamo riferimento a delle regole pratiche che costituiscono un vero e proprio decalogo:</p> <ul style="list-style-type: none">• scegliere l’analgescico più indicato iniziando sempre con i farmaci più maneggevoli• prescrivere la dose appropriata iniziando con la dose minima efficace• scegliere la via di somministrazione meno invasiva iniziando sempre per os• somministrare il farmaco ad intervalli opportuni e regolari• prevenire il dolore persistente e trattare quello intercorrente• aumentare il dosaggio se necessario• prevenire e trattare eventuali effetti collaterali• utilizzare farmaci adiuvanti in aggiunta alla terapia analgesica• rivalutare costantemente l’efficacia della terapia			
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni di miglioramento hanno consentito di monitorare costantemente i rischi correlati alla gestione dei farmaci al fine di realizzare tempestive azioni di prevenzione.			

3.6 Segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori

Letteratura/Normativa di riferimento	Raccomandazione ministeriali per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
Descrizione strumento/flusso informativo	Registrazione Puntuale sul Diario Clinico della Cartella Clinica
Analisi del rischio, dati e criticità	Nel 2024 non si sono registrati episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non necessari
Valutazione risultati e prospettive future	Registrare in modo puntuale qualsiasi evento fosse anche minimo di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori



<p align="center">RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p align="center">ANNO 2024-2025</p> <p align="center"><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	 
<p align="center">Documento di Direzione</p>	

3.7 Emovigilanza

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Legislativo n. 19 - 19 marzo 2018 Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali. (18G00044) Decreto Ministeriale del Ministero della Salute - 15 marzo 2018 Parziale modifica della sezione tecnica per il sistema trasfusionale del Comitato tecnico sanitario Decreto del Ministero della Salute - 18 gennaio 2018 Definizione del materiale informativo-educativo destinato ai donatori di sangue in relazione al rischio di trasmissione dell'infezione da HIV e del questionario per la raccolta delle informazioni post donazione, ex articolo 2, comma 3, e articolo 10, comma 8, del decreto 2 novembre 2015. (18A01638) Linee guida per l'adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti 4/07/2014 Linee guida per la prevenzione della Trali-Transfusion related acute lung injury 15/12/2010
Descrizione strumento/flusso informativo	L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.
Analisi del rischio, dati e criticità	Rarissimi sono i casi in Hospice con indicazione alla trasfusione. Nel 2024 tutti i pazienti trasfusi hanno manifestato una buona tolleranza ed assenza di problematiche organizzative.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non sono state individuate azioni di miglioramento necessarie – è un corso il monitoraggio costante del processo. Siamo dotati di scheda di qualità per la conservazione di eventuali sacche in emoteca.
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Il servizio di trasporto e conservazione è garantito nell'ambito del protocollo con il centro trasfusionale di riferimento. Nel 2024 non si sono registrati problemi in merito.</p> <p>Le azioni realizzate hanno consentito di monitorare costantemente i rischi correlati alla gestione del sangue; si proseguono le azioni pianificate finalizzate a mantenere il monitoraggio degli eventi indesiderati e a realizzare tempestive azioni di prevenzione.</p>

3.8 Reclami, Non Conformità e Segnalazioni dei cittadini/pazienti per la gestione del rischio

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP" Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 (pdf, 28.3 KB) "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni" Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini" Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017" 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"
--------------------------------------	---

<p align="center">RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p align="center">ANNO 2024-2025</p> <p align="center"><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	 
<p align="center">Documento di Direzione</p>	

Descrizione strumento/flusso informativo	<p>Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle principali fonti informative della gestione del rischio, in quanto consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente o disservizio e, di conseguenza, indicare aree organizzative che potrebbero necessitare di miglioramento.</p> <p>I reclami possono essere inoltrati in forma scritta, utilizzando gli appositi moduli che possono essere richiesti al personale, o telefonicamente. La Direzione gestisce i reclami pervenuti provvedendo a istituire a un'indagine dell'accaduto nella quale viene interpellato il personale coinvolto. Il paziente che ha inoltrato reclamo riceve una risposta.</p> <p>Le segnalazioni di non conformità possono anche essere rilevate dalle indagini sulla qualità percepita. In entrambi i casi le segnalazioni vengono analizzate e nel caso in cui evidenzino carenze vengono approfondite e apportate le opportune azioni di miglioramento.</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	<p>Nel 2024 non si è registrato alcun reclamo.</p> <p>Per le Non Conformità, vedere anche il paragrafo "incident reporting".</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non Necessarie
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Mantenere alta l'attenzione affinché i pazienti e/o caregiver siano correttamente e completamente informati sullo stato di salute dei propri cari secondo quanto dagli stessi indicato.</p>

3.9 Sinistri e Richieste Risarcimento Danni

Letteratura/Normativa di riferimento	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"
Descrizione strumento/flusso informativo	L'obiettivo del legislatore, è quello di favorire la costruzione di organizzazioni sicure e garantire la trasparenza nei confronti del cittadino. I pazienti che ritengono di aver subito un danno sanitario hanno il diritto di richiedere un risarcimento alle strutture che li hanno presi in carico o al medico che effettuato la prestazione
Analisi del rischio, dati e criticità	Non sono pervenute Richieste di Risarcimento.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non necessarie
Valutazione risultati e prospettive future	l'impegno è quello di proseguire lo sforzo assistenziale al fine di non generare la presentazione di reclami o richieste di risarcimento.

3.10 Applicazione Delle Raccomandazioni Ministeriali

1.2 Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali			
Letteratura/Normativa di riferimento	Raccomandazioni ministeriali / monitoraggio AGENAS		
Descrizione strumento/flusso informativo	Le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del rischio clinico costituiscono un punto di riferimento in continuo sviluppo. Anche da parte nostra l'adeguamento organizzativo e procedurale è in progressione continua, non solo per adeguarsi alle raccomandazioni pubblicate, ma anche per migliorare i comportamenti già in essere alle nuove raccomandazioni che periodicamente vengono suggerite dal ministero. Alcune raccomandazioni ministeriali trovano riscontro in raccomandazioni regionali. Nell'elaborazione delle procedure è stato fatto riferimento ad entrambe, ove presenti		
Analisi del rischio, dati e criticità	Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione, ad oggi, <u>delle raccomandazioni ministeriali applicabili al nostro contesto di cure palliative</u> , e della loro implementazione in forma di protocollo organizzativo, considerandone la sostanziale corrispondenza con le analoghe RR.		
	N.	Raccomandazione	Livello di applicazione

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

ANNO 2024-2025

(DCA n.20 del 7/3/2022)





**Fondazione
VIA DELLE STELLE**

Documento di Direzione

	1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
	2	Prevenzione del suicidio di paziente in Hospice	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata
	3	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
	4	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura in corso di formalizzazione
	5	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura in corso di formalizzazione
	6	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Procedura in corso di formalizzazione
	7	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata
	8	Raccomandazione per la ricognizione e riconciliazione farmacologica	Procedura in corso di formalizzazione
Nell'elaborazione delle procedure è stato fatto riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili nel contesto delle cure palliative.			
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Coinvolti i professionisti in gruppi di lavoro per effettuare l'autovalutazione		
Valutazione risultati e prospettive future	Mantenere alta l'attenzione al rispetto delle raccomandazioni		

3.11 Prevenzione Legionellosi

Letteratura/Normativa di riferimento	Linee Guida Calabria per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi 19/06/2017
Descrizione strumento/flusso informativo	Le legionelle sono batteri presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali, da questi ambienti esse raggiungono quelli artificiali come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo, creando una potenziale situazione di rischio per la salute umana. Per prevenire tale rischio le norme vigenti forniscono raccomandazioni sulla corretta gestione e manutenzione degli impianti e richiedono che venga effettuata periodicamente una valutazione del rischio derivato dalle criticità degli impianti e che vengano identificate le misure per ridurre o contenere il rischio di diffusione della Legionella.
Analisi del rischio, dati e criticità	La Fondazione ha adottato misure per la prevenzione del rischio da legionellosi. Annualmente in collaborazione con il Servizio di riferimento ed il RAC è redatto un Piano programma che descrive le azioni programmate e intraprese per il controllo e la prevenzione della Legionellosi. Periodicamente in collaborazione con Servizio di Riferimento viene effettuato un campionamento per la ricerca di Legionella. Le analisi di questi anni hanno sempre dato esito negativo. Il Piano di

<p>RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO</p> <p>ANNO 2024-2025</p> <p><i>(DCA n.20 del 7/3/2022)</i></p>	 
<p>Documento di Direzione</p>	

	<p>contenimento della Legionella prevede anche una serie di attività di flussaggio, manutenzione e verifica degli impianti al fine di prevenire la legionellosi, oltre alla formazione del personale. Gli interventi attuati si sono rivelati efficaci per cui si confermano le attuali modalità di prevenzione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Mantenere alta la sensibilità del personale sulla tematica</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Valutare con Servizio di Riferimento la necessità di aggiornamento della Procedura</p>

4 ALTRI STRUMENTI DI RILEVAZIONE/ANALISI DEL RISCHIO

Nel 2024 non sono emerse altre segnalazioni oltre a quelle precedentemente segnalate.

5 FORMAZIONE SULLA SICUREZZA

Anche il 2024 è stato un anno in cui la Governance ha continuato a investire nella formazione e sensibilizzazione del personale sul rischio clinico. Il Sistema per la gestione del rischio clinico nasce come parte integrante del sistema organizzativo aziendale e trova riscontro nei diversi documenti nati con il modello di Accreditamento e via via revisionati per riuscire ad integrare in un unico modello le diverse esigenze organizzative della Fondazione, pertanto non si sono create sovrastrutture organizzative ma è stato disegnato un modello funzionale integrato al Sistema di Gestione in essere.

6 CONCLUSIONI

Occorre sempre tener conto delle condizioni particolari dei pazienti in fase terminale e della tipologia di trattamenti farmacologici, nei quali il rischio clinico e le sue implicazioni sono ridotti rispetto ad altri assetti terapeutici ed assistenziali.

Le priorità che La Fondazione identifica sulla gestione del rischio per l'anno 2025 sono:

- continuare l'azione di sensibilizzazione e formazione di tutto il personale sulla gestione del rischio;
- registrare con attenzione e precisione gli eventuali incidenti, dando seguito eventualmente ad una accurata analisi;
- diffondere l'utilizzo degli audit clinici per aumentare la consapevolezza dei professionisti;
- sedimentare il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi a sicurezza e rischio.
- Perfezionare ed aggiornare i protocolli medici ed infermieristici.