

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO****ANNO 2022***(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)*Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie - Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE
E ALLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2022**

DATA DI VALUTAZIONE	30/03/2023
PERIODO DI ANALISI	Anno 2022
OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	Centro Cure Palliative Piccole Figlie - Parma

STATUS	FUNZIONE	NOME COGNOME	Firma
<i>Elaborato</i>	Risk Manager	Dott.ssa Erika Bucher	<i>Dott.ssa Erika Bucher</i>

<i>Destinatari</i>	Cittadini, tramite pubblicazione sul Sito " www.hospicepiccolefiglie.it "
--------------------	--

Questo documento è di proprietà ed uso esclusivo del Centro Cure Palliative Piccole Figlie - Parma; esso non può essere copiato o riprodotto in alcun modo senza l'autorizzazione della Direzione dell'Istituto Piccole Figlie. 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 Piccole Figlie	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	SCHEDE 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	Dispositivo-vigilanza.....	9
3.8	Emovigilanza	9
3.9	Reclami, Non Conformità e Segnalazioni dei cittadini/pazienti per la gestione del rischio.....	10
3.10	Sinistri e Richieste Risarcimento Danni	10
3.11	Applicazione Delle Raccomandazioni Ministeriali	10
3.12	Prevenzione Legionellosi.....	12
4	ALTRI STRUMENTI DI RILEVAZIONE/ANALISI DEL RISCHIO	12
5	FORMAZIONE SULLA SICUREZZA.....	12
6	CONCLUSIONI	12



1 PREMESSA E SCOPO

Si definisce rischio sanitario 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 al rischio e in particolare al rischio sanitario 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 Piccole Figlie

Il Centro Cure Palliative – Hospice Piccole Figlie è una struttura territoriale accreditata con la Regione Emilia-Romagna per 16 posti letto. Realizza attività di cure palliative residenziali in convenzione con il servizio sanitario nazionale, all’interno della rete locale di cure palliative della Provincia di Parma, secondo l’accordo contrattuale per la fornitura di prestazioni in Hospice tra l’Azienda USL di Parma e l’Istituto Piccole Figlie dei SS. Cuori di Gesù e Maria.

Il Centro Cure Palliative è ubicato al piano 0 della struttura ospedaliera “Piccole Figlie Hospital s.r.l.”, sita in Via Po n. 1 di Parma.

Nel 2022 sono state erogate n. 4.776 giornate di degenza a n. 226 pazienti dimessi, con una degenza media per paziente di 21 giorni.

2.2 L’Assetto Organizzativo Aziendale per la Gestione del Rischio

Il Centro Cure Palliative Piccole Figlie (CCP) 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 il CCP 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.



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 del CCP.

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 il compito di:

- Monitoraggio integrato dello stato del rischio
- Analisi di report periodici per valutare l'efficacia delle azioni di contenimento
- Monitoraggio normativo per l'individuazione tempestiva di nuovi adempimenti a carico del CCP (compreso i flussi informativi es. SIMES etc.);
- Monitoraggio iniziative e best practice diffuse da letteratura scientifica o di settore finalizzato a proporre azioni di miglioramento nel CCP;
- 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 dagli 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 Emilia Romagna;
- AGENAS;
- Società Scientifiche di riferimento;
- Rete Locale di Cure Palliative con cui il CCP si rapporta per specifici percorsi e/o processi

La Direzione Sanitaria svolge attività di verifica e controllo periodica sulla effettiva utilizzazione all'interno del CCP 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 sanitario. Nelle riunioni periodiche d'équipe vengono evidenziate le potenziali criticità quando il coordinatore, insieme al medico palliativista ne ravvisano la necessità.

La dimensione e la tipologia di prestazioni del Centro Cure Palliative sono tali 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 di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Le principali fonti attivate sono:

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

Fonti informative minime:

- Incident Reporting
- Cadute
- Infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA)
- Lesioni da pressione
- Farmacovigilanza
- Segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori
- Dispositivo vigilanza
- Emovigilanza
- Reclami e Non Conformità
- Sinistri e Richieste di Risarcimento
- Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali

Ulteriori strumenti/fonti informative

- Audit Clinici
- FMEA (FMECA)
- RCA / SEA

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 SANITARIO

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 – Appropriatelyzza 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• Cinotti R, Basini V, Di Denia P. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Collana Dossier n. 86, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell’Emilia-Romagna, 2003• Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2009
Descrizione strumento/flusso informativo	L’Incident Reporting è la modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, 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.

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

	<p>CCP 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>Le schede vengono prese in carico da una commissione 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>I casi più complessi vengono analizzati utilizzando strumenti di indagine indicati dalle normative quali RCA e SEA.</p> <p>Quasi Evento: Situazione che avrebbe potuto provocare un evento per il paziente (evitato per abilità dei professionisti o per fortuna);</p> <p>Evento 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 (<i>Protocollo Ministero della Salute, 2007</i>). 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: 2 • Eventi Avversi: 0 • Eventi Sentinella: 0 <p>Entrambi riguardano errori di mancata somministrazione di farmaci a tempo debito a causa di una non attenta lettura della prescrizione. Gli eventi non hanno comportato danno ai pazienti.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>È continuata l'opera di sensibilizzazione del Personale nelle riunioni di Équipe.</p> <p>Ai fini di ridurre la possibilità di errore nella somministrazione della terapia si è costruito il foglio unico di terapia, progetto di miglioramento condiviso con tutti gli operatori.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Le azioni realizzate hanno consentito di accrescere l'attenzione degli operatori sanitari nei confronti dei possibili rischi, l'attuazione di tali misure è stata monitorata e non si sono più riscontrate problematiche analoghe.</p> <p>Ci si prefigge di mantenere il sistema di segnalazione con azioni preventive e di miglioramento con rigorosità e tempestività.</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 • Regione Emilia-Romagna – Circ. n. 21 del 23/12/2016 “Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale”
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>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.</p> <p>Le persone anziane e le persone in fase terminale della vita presentano un maggior rischio di caduta.</p> <p>Le Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute e dalla regione Emilia Romagna sono state utilizzate per redigere e implementare un piano prevenzione cadute nell'ottica di miglioramento della prevenzione di questo tipo di rischio.</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

	Indicatore	Anno	N° giornate degenza	N° eventi	Tasso %
	n° cadute / (n° giornate di degenza totali x 1000)	2022	4.776	4	0,83
	n° cadute / (n° giornate di degenza totali x 1000)	2021	4.405	3	0,68
	<p>Nel 2022 si contano 4 cadute su 226 pazienti dimessi. Si tratta per lo più di ospiti confusi (3/4) in condizione di nutrizione scadente, affetti da neoplasie plurimetastatiche (3/4). Tutti si trovavano soli nella stanza. Tutti i pazienti presentavano un ridotto livello di autonomia. Due pazienti non hanno riportato danni dalla caduta, altri due danni moderati.</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 2022, a causa delle parziali restrizioni delle visite dei parenti (COVID), gli ospiti si sono sempre trovati soli nella loro stanza. Molti presentano scadenti condizioni di nutrizione, una più o meno spiccata riduzione del livello di coscienza, e quasi la totalità degli ospiti presenta ridotta o assente autonomia nelle attività di vita. Pur tuttavia alcuni punti cardine dell'approccio palliativo quali il diritto all'autodeterminazione ed il privilegio dei desideri del paziente e della sua qualità di vita residua (es. il diritto di potersi muovere liberamente, inteso come libertà del proprio corpo, condizione necessaria alla vita umana stessa); possono confliggere con la opportunità di restrizione di tali libertà a tutela della incolumità del paziente, ed incontrare il suo rifiuto. Pazienti e familiari comunque vengono edotti dei rischi che corrono in caso di rifiuto o abbandono delle regole in tema di sicurezza. Nei casi a rischio viene incentivata la presenza ed assistenza costante accanto al malato da parte del caregiver. È in programma un refresh di formazione in tema di caduta nell'anno 2023.</p>				
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel 2022 si riscontra una diminuzione del numero di cadute rispetto agli anni precedenti, con ogni probabilità dovuto all'opera di sensibilizzazione degli operatori svolta negli anni. Occorre rafforzare la sensibilità del personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ alla valutazione dei fattori di rischio e all'adozione delle misure di sicurezza nei singoli pazienti ➤ effettuare gli interventi educativi al paziente e/o al caregiver sul rischio di caduta e la prevenzione delle cadute ➤ segnalare puntualmente gli eventi sulla scheda predisposta 				

3.3 Infezioni Correlate alle pratiche assistenziali (ICPA)

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 • <u>CDC ATLANTA CDC, New CDC Director, su Centers for Disease Control and Prevention, 20 gennaio 2021</u>
Descrizione strumento/flusso informativo	<p>Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali vengono registrate puntualmente in cartella al verificarsi dell'evento e su apposito registro a chiusura delle cartelle clinico-assistenziali. La tipologia dei malati in Hospice caratterizzata da malattie in fase terminale, frequentemente in stato cachettico, immunocompromesso, in presenza di anemia, più facilmente va incontro ad episodi infettivi, specie a carico delle vie urinarie. Talvolta i pazienti entrano in Hospice con infezioni in atto e in corso di antibiotico terapia.</p>
Analisi del rischio, dati e criticità	<p>Nel 2022 sono stati monitorati tutti i pazienti riguardo alle infezioni delle vie urinarie e la presenza o meno di lesioni da decubito. 64 pazienti presentavano una IVU in atto all'ingresso. I casi di IVU di nuova diagnosi sono stati 13 su 226 ospiti dimessi nell'anno. Nel corso della degenza si rilevano per lo più</p>

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO****ANNO 2022***(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)*Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

	infezioni delle vie urinarie in pazienti cachettici e anemici; molti di essi sono portatori di catetere vescicale (112 su 226 pazienti erano portatori di catetere vescicale all'ingresso in Hospice), con maggior probabilità di sviluppare IVU.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Richiamo periodico in riunione d'équipe all'applicazione delle procedure, protocolli, istruzioni e regole comportamentali comuni relative alle precauzioni standard e speciali per prevenire la trasmissione di microrganismi.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel 2023 si continuerà la rilevazione puntuale delle infezioni delle vie urinarie al fine di svolgere un'ulteriore valutazione sull'argomento.

3.4 Lesioni da Pressione

Letteratura/Normativa di riferimento	DOSSIER RER 94/2004 Raccomandazione per la prevenzione delle lesioni da decubito.
Descrizione strumento/flusso informativo	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).
Analisi del rischio, dati e criticità	Dati di tutte le lesioni da pressione emerse nel periodo 01/01-31/12/2022: <ul style="list-style-type: none">67 pazienti presentavano lesioni da pressione all'ingresso,In 7 pazienti su 226 dimessi si sono registrate lesioni da pressione acquisite nel corso della degenza, lesioni che subentrano specialmente negli ultimi giorni di vita (stato cachettico).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	È a regime lo strumento di raccolta statistica dei dati che viene analizzata a fine anno solare.
Valutazione risultati e prospettive future	I pazienti spesso presentano lesioni da pressione già al momento dell'ingresso in hospice. L'obiettivo del personale dell'Hospice è l'accurata valutazione e la migliore gestione delle lesioni secondo il protocollo in uso, con l'obiettivo di guarire o comunque di ridurre le lesioni e di lenire il dolore da esse provocato, migliorando la qualità di vita del paziente. Al fine di avere un dato sempre attendibile è necessario continuare ad investire sull'uniformità di valutazione da parte del personale.

3.5 Farmacovigilanza

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">Regolamento UE 1235/2010Direttiva 2010/84/UEDecreto 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. 228Decreto 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 StatoDM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vacciniDecreto 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	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. Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza sono:

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

	<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 dagli errori terapeutici, dall'esposizione professionale, dagli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. • promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali. 																												
Analisi del rischio, dati e criticità	<p>Vedi anche punto 1 <i>Incident Reporting</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rischi gestione farmaci</th> <th>Procedura</th> <th>Eventi Rilevabili</th> <th>N° di casi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</td> <td>Eliminata</td> <td>Non ci vengono fornite le soluzioni concentrate di KCL dalla farmacia AUSL</td> <td>Procedura non applicabile</td> </tr> <tr> <td>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</td> <td>Si</td> <td>Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale n. 7)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"</td> <td>Si</td> <td>Casi di errori (vedi raccomandazione ministeriale n.12))</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Raccomandazione per la ricognizione/riconciliazione farmacologica</td> <td>Si</td> <td>Casi di non eseguita ricognizione/riconciliazione (vedi raccomandazione ministeriale n. 17))</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli"</td> <td>Si</td> <td>Casi di errore in terapia (vedi Raccomandazione n. 18</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Raccomandazione n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</td> <td>Da formalizzare</td> <td>Casi di non corretta gestione della terapia farmacologica orale</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	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	Eliminata	Non ci vengono fornite le soluzioni concentrate di KCL dalla farmacia AUSL	Procedura non applicabile	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale n. 7)	0	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Si	Casi di errori (vedi raccomandazione ministeriale n.12))	0	Raccomandazione per la ricognizione/riconciliazione farmacologica	Si	Casi di non eseguita ricognizione/riconciliazione (vedi raccomandazione ministeriale n. 17))	0	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli"	Si	Casi di errore in terapia (vedi Raccomandazione n. 18	0	Raccomandazione n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Da formalizzare	Casi di non corretta gestione della terapia farmacologica orale	0
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	Eliminata	Non ci vengono fornite le soluzioni concentrate di KCL dalla farmacia AUSL	Procedura non applicabile																										
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale n. 7)	0																										
Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Si	Casi di errori (vedi raccomandazione ministeriale n.12))	0																										
Raccomandazione per la ricognizione/riconciliazione farmacologica	Si	Casi di non eseguita ricognizione/riconciliazione (vedi raccomandazione ministeriale n. 17))	0																										
Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli"	Si	Casi di errore in terapia (vedi Raccomandazione n. 18	0																										
Raccomandazione n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Da formalizzare	Casi di non corretta gestione della terapia farmacologica orale	0																										
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Nella scelta della strategia farmacologica più appropriata facciamo riferimento a 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 • effettuare una precisa titolazione del farmaco analgesico al fine di evitare under-overtreatment • prescrivere la dose appropriata iniziando con la dose minima efficace • scegliere la via di somministrazione meno invasiva privilegiando la via orale • somministrare il farmaco ad intervalli opportuni e regolari • effettuare un efficace trattamento del dolore di base e di quello intercorrente • monitorare periodicamente il sintomo e adeguare il dosaggio del relativo farmaco • 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 ministeriale n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
Descrizione strumento/flusso informativo	Registrazione Puntuale sul Diario Clinico della Cartella Clinico -assistenziale di eventuali episodi di violenza a danno degli operatori
Analisi del rischio, dati e criticità	Nel 2022 non si sono registrati episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori.
Interventi/azioni correttive e di	Non necessari

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO****ANNO 2022***(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)*Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	
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

3.7 Dispositivo-vigilanza

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Ministero della Salute - Decreto legislativo 15 novembre 2005, n. 274• Ministero della Salute - Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332• Ministero della Salute - Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46• Ministero della Salute - Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507• Codice in materia di protezione dei dati personali
Descrizione strumento/flusso informativo	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.
Analisi del rischio, dati e criticità	Nel 2022 non ci sono state segnalazioni. Il Servizio Tecnico di PFH garantisce il controllo, la manutenzione di tutte le apparecchiature e dispositivi utilizzati oltre che la formazione agli operatori. Assicura inoltre il monitoraggio di tutti gli eventi avversi/incidenti con riferimento ad apparecchiature e dispositivi medici e garantisce una tempestiva informazione agli utilizzatori di tali dispositivi.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non necessarie
Valutazione risultati e prospettive future	Non prevedibili

3.8 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 Transfusion related acute lung injury (TRALI) 15/12/2010
Descrizione strumento/flusso informativo	L'emovigilanza costituisce 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	Rari sono i casi in Hospice con indicazione alla trasfusione. Nel 2022 un solo paziente è stato trasfuso con buona tolleranza e assenza di problematiche organizzative.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Non sono state individuate azioni di miglioramento necessarie – è in corso il monitoraggio costante del processo.
Valutazione risultati e prospettive future	Il servizio di trasporto e conservazione del sangue è garantito da PFH nell'ambito del contratto di servizi in essere. Nel 2022 non si sono registrati problemi in merito. 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.

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO****ANNO 2022***(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)*Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

3.9 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"
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 verbale o scritta, utilizzando gli appositi moduli da richiedere al personale; in alternativa possono essere presentate telefonicamente. La Direzione gestisce i reclami pervenuti provvedendo a istituire a un'indagine dell'accaduto interpellando il personale coinvolto. Al paziente/familiare che ha inoltrato il reclamo viene data risposta puntuale.</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 2022 si è registrato un reclamo verbale riguardante il comportamento di un'infermiera nei confronti di un familiare di un paziente. La coordinatrice se ne è fatta carico ristabilendo un clima di fiducia tra la persona offesa e la struttura.</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	Mantenere alta l'attenzione affinché i pazienti e/o caregiver siano correttamente e completamente informati sullo stato di salute dei propri cari nel rispetto dei desiderata dagli stessi pazienti.

3.10 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 ha effettuato la prestazione
Analisi del rischio, dati e criticità	Non sono pervenute Richieste di Risarcimento né tantomeno si sono verificati Sinistri
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.

3.11 Applicazione Delle Raccomandazioni Ministeriali

Letteratura/Normativa di riferimento	Raccomandazioni ministeriali / monitoraggio AGENAS
--------------------------------------	--

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

<p>Descrizione strumento/flusso informativo</p>	<p>Le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del rischio sanitario 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 in essere alle nuove raccomandazioni che periodicamente vengono suggerite dal Ministero.</p> <p>Alcune raccomandazioni ministeriali trovano riscontro in raccomandazioni regionali. Nell'elaborazione delle procedure è stato fatto riferimento ad entrambe, ove presenti.</p>																																							
<p>Analisi del rischio, dati e criticità</p>	<p>Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione, ad oggi, <u>delle raccomandazioni ministeriali applicabili</u> al nostro contesto di cure palliative, e della loro implementazione in forma di protocollo organizzativo, considerandone la sostanziale corrispondenza con le analoghe Raccomandazioni Regionali.</p> <table border="1" data-bbox="422 660 1428 1512"> <thead> <tr> <th>N.</th> <th>Raccomandazione</th> <th>Livello di applicazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</td> <td>Non applicabile; non ci vengono fornite soluzioni concentrate di K dall'AUSL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Prevenzione del suicidio di paziente in Hospice</td> <td>Protocollo formalizzato, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</td> <td>Procedura formalizzata, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</td> <td>Procedura formalizzata, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</td> <td>Protocollo formalizzato, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</td> <td>Procedura formalizzata, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</td> <td>Procedura formalizzata, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"</td> <td>Procedura formalizzata, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</td> <td>Protocollo formalizzato, applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Raccomandazione per la ricognizione e riconciliazione farmacologica</td> <td>Protocollo formalizzato, applicazione adeguata al contesto</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</td> <td>Istruzione operativa formalizzata Applicazione adeguata</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</td> <td>Protocollo da formalizzare</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nell'elaborazione delle procedure si è fatto riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili nel contesto delle cure palliative.</p> <p>Relativamente al setting di cure palliative sono state attuate quelle già riportate nel Piano di Gestione del Rischio.</p>	N.	Raccomandazione	Livello di applicazione	1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Non applicabile; non ci vengono fornite soluzioni concentrate di K dall'AUSL	4	Prevenzione del suicidio di paziente in Hospice	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata	5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura formalizzata, applicazione adeguata	7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura formalizzata, applicazione adeguata	8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata	9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura formalizzata, applicazione adeguata	11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura formalizzata, applicazione adeguata	12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Procedura formalizzata, applicazione adeguata	13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata	17	Raccomandazione per la ricognizione e riconciliazione farmacologica	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata al contesto	18	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Istruzione operativa formalizzata Applicazione adeguata	19	Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Protocollo da formalizzare
N.	Raccomandazione	Livello di applicazione																																						
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Non applicabile; non ci vengono fornite soluzioni concentrate di K dall'AUSL																																						
4	Prevenzione del suicidio di paziente in Hospice	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata																																						
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura formalizzata, applicazione adeguata																																						
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura formalizzata, applicazione adeguata																																						
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata																																						
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura formalizzata, applicazione adeguata																																						
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura formalizzata, applicazione adeguata																																						
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Procedura formalizzata, applicazione adeguata																																						
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata																																						
17	Raccomandazione per la ricognizione e riconciliazione farmacologica	Protocollo formalizzato, applicazione adeguata al contesto																																						
18	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Istruzione operativa formalizzata Applicazione adeguata																																						
19	Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Protocollo da formalizzare																																						
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Sono coinvolti tutti i professionisti nelle azioni di miglioramento volta per volta identificate.</p>																																							
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Mantenere alta l'attenzione al rispetto delle raccomandazioni</p>																																							

**RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA
DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO****ANNO 2022***(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)*Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie – Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

3.12 Prevenzione Legionellosi

Letteratura/Normativa di riferimento	Linee Guida Regione Emilia Romagna 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 impianti di condizionamento, 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	CCP ha adottato misure per la prevenzione del rischio da legionellosi. Annualmente in collaborazione con PFH è redatto un Piano programma che descrive le azioni programmate e intraprese per il controllo e la prevenzione della Legionellosi. Periodicamente in collaborazione con PFH viene effettuato un campionamento per la ricerca di Legionella. Le analisi di questi anni hanno sempre dato esito negativo. Il Piano di 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.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Mantenere alta la sensibilità del personale sulla tematica
Valutazione risultati e prospettive future	Valutare con PFH la necessità di aggiornamento della Procedura

4 ALTRI STRUMENTI DI RILEVAZIONE/ANALISI DEL RISCHIO

Nel 2022 non sono emerse altre segnalazioni oltre a quelle precedentemente segnalate.

5 FORMAZIONE SULLA SICUREZZA

Anche il 2022 è stato un anno in cui la Direzione ha continuato a investire nella formazione e sensibilizzazione del personale sul rischio sanitario. Il Sistema per la gestione del rischio sanitario nasce come parte integrante del sistema organizzativo aziendale e trova riscontro nei diversi documenti nati con il modello di Accreditemento e via via revisionati per riuscire ad integrare in un unico modello le diverse esigenze organizzative del Centro Cure Palliative, pertanto non si sono create sovrastrutture organizzative ma è stato disegnato un modello funzionale integrato al Sistema di Gestione in essere.

Nel corso dell'anno 2022 il Personale dipendente PFH ha partecipato ai corsi di retraining antincendio e ai corsi promossi da PFH sulla gestione del rischio.

6 CONCLUSIONI

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

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

ANNO 2022

(art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)



Centro di Cure Palliative
Piccole Figlie - Parma

Documento di Direzione

Relazione L.24 CCP_2022.docx

Le priorità che il CCP identifica sulla gestione del rischio per l'anno 2022 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 con RCA ad una accurata analisi;
- diffondere l'utilizzo degli audit clinici e della FMEA per incrementare la consapevolezza dei professionisti;
- sedimentare il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi a sicurezza e rischio.