

REPORT CONSUNTIVO ANNUALE DEL RISCHIO CLINICO

CASA DI CURA VILLA PINI – ANALISI ANNO 2023

Sommario

Sommario	1
1. Premessa: Descrizione della Struttura	1
2. Descrizione delle Attività: Anno 2023	2
3. Strumenti di Analisi e principali Azioni di Analisi del Rischio	2
➤ Sistema di Segnalazione degli eventi avversi (<i>Incident Reporting, IR</i>)	3
➤ Sistema di Segnalazione delle cadute	5
➤ Dati relativi alle segnalazioni dell'Ufficio URP	7
➤ Dati relativi al sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni Protetiche (anno di riferimento: 2022)	8
➤ Dati relativi all'implementazione del Sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni delle Vie Urinarie (IVU)	9
➤ Dati relativi alla Sorveglianza di Laboratorio	12
➤ Dati relativi al Comitato Valutazione Sinistri	14

1. Premessa: Descrizione della Struttura

La Casa di Cura privata Villa dei Pini è una struttura ospedaliera accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, fondata nel 1952 in località periferica rispetto al nucleo storico dell'abitato di Porto Civitanova Marche.

La Struttura si occupa, inserendosi nella rete assistenziale dell'AST Macerata, di acuzie e post-acuzie, di prestazioni ambulatoriali, e di servizi diagnostici.

La Struttura dispone di 184 posti letto complessivi, dei quali 119 per acuti in convenzione con il SSN e 65 PL di tipo residenziale.

La linea della chirurgia programmata include tutti i ricoveri per intervento chirurgico in elezione che fanno seguito ad una programmazione e valutazione ex-ante; comprende anche la chirurgia breve (week surgery) e di un giorno (day-surgery e chirurgia ambulatoriale complessa).

Il **Blocco Operatorio** dispone attualmente di 4 sale operatorie e di 2 ambulatori chirurgici.

La linea medica per acuti include tutti i ricoveri di tipo medico in regime ordinario per acuti. Nella grande maggioranza dei casi, il ricovero avviene per trasferimento diretto dal PS dell'Ospedale di Civitanova Marche, o per ricovero su richiesta e prescrizione del Medico di Medicina Generale.

Linea dei servizi clinico-diagnostici include i servizi e tutte le attività intermedie di diagnostica e servizi clinico-strumentali rivolti a pazienti ricoverati ed esterni: Diagnostica

per Immagini, Endoscopia digestiva, Laboratorio analisi, Anatomia Patologica, ambulatori specialistici vari.

Linea della lungodegenza post-acuzie: include ricoveri ospedalieri a minore intensità di cura rispetto all'acuzie; l'accesso in lungodegenza può avvenire solo per trasferimento diretto dalla Medicina o dai reparti clinici del PUO (Presidio Unico Ospedaliero) di AST Macerata.

2. Descrizione delle Attività: Anno 2023

Nel corso del 2023 sono state effettuate le seguenti prestazioni:

- Ricoveri totali: 5622
- Ricoveri pazienti solventi: 250
- Ricoveri ordinari medici: 1203
- Ricoveri DH medici/oncologici: 112
- Ricoveri ordinari chirurgici: 2102
- Ricoveri in Day Surgery: 2178
- Riabilitativi: 27
- Prestazioni ambulatoriali complesse (ricomprese nell'Allegato 6B del DPCM del 12/01/2017): 1406
- Prestazioni ambulatoriali semplici: 244.221

La gestione del Rischio Clinico rappresenta l'insieme di tutte quelle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, partendo dal presupposto che il processo di miglioramento continuo non può che passare dall'analisi e comprensione dei meccanismi che hanno generato degli errori per modificare e migliorare i processi assistenziali e/o organizzativi.

L'errore è definito dal Ministero della Salute come il "*fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato*".

Il Risk Management pertanto, affinché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare e deve essere gestito in maniera integrata tra diverse figure professionali, servizi, funzioni organizzative al fine di determinare effettivi cambiamenti migliorativi nella pratica clinica. Pertanto il sistema di gestione del Rischio Clinico è di fatto un sistema integrato in cui collaborano: Direzione Sanitaria, Risk Manager, Ufficio SAI, Responsabili clinici di reparto, Responsabile del Servizio farmaceutico, CCICA (Comitato Controllo Infezioni Associate all'assistenza), URP, Controllo di Gestione, Ingegneria Clinica, Comitato Valutazione Sinistri (CVS), Responsabile Qualità e Accreditamento.

3. Strumenti di Analisi e principali Azioni di Analisi del Rischio

Gli strumenti utilizzati per l'analisi sistematica del Rischio Clinico, considerati presupposti per qualunque azione di miglioramento, sono stati:

- Sistema di Segnalazione degli eventi avversi (*Incident Reporting*)
- Sistema di Segnalazione delle cadute

- Dati relativi alle segnalazioni all'Ufficio URP
- Sistema di Sorveglianza attiva delle infezioni protesiche
- Sistema di Sorveglianza attiva delle infezioni delle vie urinarie
- Sistema di Sorveglianza attiva di Laboratorio
- Dati relativi alla gestione del CVS (Comitato Valutazione Sinistri)

➤ **Sistema di Segnalazione degli eventi avversi (*Incident Reporting, IR*)**

Dal 2019 è stato implementato un sistema di segnalazione anonimo, previa compilazione di apposita scheda, di tutti quegli eventi, realmente accaduti o che stavano per verificarsi (i cosiddetti "quasi eventi" o "*near miss*") che avevano le potenzialità per procurare un danno al paziente o agli operatori sanitari, e per segnalare eventuali eventi sentinella veri e propri, così come definiti dal Ministero della Salute.

Per l'anno 2023 sono stati segnalati in totale 45 eventi, di cui 35 eventi avversi, 9 quasi eventi e 1 evento sentinella (inserito come da normativa nella piattaforma ministeriale SIMES).

Tab. 1 Trend negli anni delle segnalazioni di IR

reparto/area	2019	2020	2021	2022	2023
area medica	7	0	5	1	12
RSA	1	0	0	0	9
area chirurgica	2	0	1	4	21
BO	14	0	2	5	1
ambulatorio	1	0	0	0	2
totale	25	0	8	10	45

Si è denotato nel tempo un progressivo incremento della fiducia degli operatori nell'efficacia della segnalazione di IC, rafforzando nel Risk Management e nella Dirigenza la convinzione che l'effettuazione di un corso annuale di formazione sul Rischio Clinico, con la presentazione dei dati della stessa Struttura agli operatori sia una scelta vincente in questo senso. Ulteriore elemento favorevole alla partecipazione degli operatori si è identificato nell'attenzione al loro coinvolgimento in specifici audit clinici e/o riunioni operative di reparto/servizio in caso di segnalazioni particolarmente significative (sia in termini di potenziale "gravità" sia in termini di efficacia ed efficienza dell'organizzazione dei servizi)

Gli ambiti in cui gli eventi si sono verificati sono riportati in tabella 2:

Tab 2: U.O./Servizi segnalanti nel corso del 2023

U.O. /Servizi segnalanti	n°	%
Medicina	12	26,67%
Ortopedia	16	35,56%
chirurgia	6	13,33%
RSA	9	20,00%
Area Ambulatoriale/Servizi	2	4,44%
totale	45	100,00%

Nel 73% dei casi il segnalante IR è stato un infermiere, come da distribuzione riportata nella seguente tabella:

Tab 3: Profilo di ruolo dell'operatore segnalante

Operatore segnalante	n°	%
infermiere	33	73,33%
medico	9	20,00%
fisioterapista	1	2,22%
TDRM*	2	4,44%
totale	45	100,00%

*Tecnico di radiologia Medica

Il 58% degli eventi/quasi eventi segnalati si sono verificate nel corso del turno del mattino, in giorni prevalentemente feriali:

Tab. 4 Fascia oraria di accadimento dell'evento

Fascia oraria (turno)	n°	%
mattino	26	57,78%
pomeriggio	6	13,33%
notte	13	28,89%
totale	45	100,00%

Il luogo dell'evento, fra i casi segnalati, è riportato nella tabella 5:

Tab.5 Luogo dell'evento segnalato

luogo dell'evento	n°	%
camera di degenza	29	64,44%
spazi comuni	9	20,00%
corridoio	1	2,22%
bagno	2	4,44%
servizi diagnostici	3	6,67%
BO	1	2,22%
totale	45	100,00%

La tipologia di evento segnalato è riportata nella tabella 5:

Tab. 5: Specifica tipologia di evento segnalato

Specifica dell'evento	n°	%
ritardo prescrizione/somministrazione farmaco	1	2,22%
mancata prescrizione/somministrazione farmaco	1	2,22%
mancata prestazione assistenziale	1	2,22%
inadeguata prestazione assistenziale	3	6,67%
Cadute*	27	60,00%
ritardo procedura diagnostica	1	2,22%
mancata procedura organizzativa	2	4,44%
reazione da farmaci	1	2,22%
inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	1	2,22%
inadeguata procedura diagnostica	2	4,44%
mancata procedura terapeutica	2	4,44%
inadeguata prestazione assistenziale	3	6,67%
totale	45	100,00%

*Di cui 1 che ha ingenerato un evento sentinella per frattura del collo del femore conseguente a caduta

Dall'analisi delle segnalazioni si evincevano le seguenti cause/fattori favorenti l'errore:

Tab 6: Distribuzione delle cause/concause per tipologia di evento

Cause/concause identificate*	n°	specifica	
fattori legati al paziente	30	Fragilità di vario tipo	
		Staff inadeguato/insufficiente	5
		Insufficiente addestramento/inserimento	1
fattori legati all'organizzazione	4	Gruppo nuovo/inesperto	2
		Elevato turnover	1
		Insuccesso nel far rispettare procedure	7
		Mancato coordinamento	1
fattori legati al personale	25	Difficoltà nel seguire procedure	3
		Inadeguata conoscenza/inesperienza	4
		Fatica/stress	1
		presa di scorciatoia	4
		Mancata/inesatta gestione di documentazione	1
		Scarso lavoro di gruppo	1
		mancata supervisione	11
fattori legati alla struttura	3	Ambiente inadeguato	1
		Inadeguatezza attrezzature	1
		Inadeguatezza manutenzione attrezzature	1
fattori comunicativi	14		
totale concause segnalate	76		

*Più concause possono essere identificate alla radice di un singolo evento segnalato

I fattori che hanno contribuito ad attenuare/evitare l'esito prodotto sono riportati in tabella:

Tab 7: Fattori attenuanti l'esito dell'evento

Fattori che hanno permesso di contenere l'esito	n°	%
Buona assistenza	13	28,89%
individuazione precoce	21	46,67%
Fortuna	11	24,44%
totale	45	100,00%

Dall'analisi delle segnalazioni si evince che in almeno 5 casi sui 45 segnalati (circa 11% dei casi) l'errore avveniva per effettiva "violazione", ossia per volontaria trasgressione di procedura e/o istruzione operativa: su questi casi sono stati effettuati specifici audit clinici con il personale del reparto coinvolto.

➤ Sistema di Segnalazione delle cadute

Dal 1° gennaio 2023 si è attivato presso la Struttura un sistema di segnalazione attiva delle cadute, finalizzato da un lato ad avere immediata contezza di quello che di fatto rappresenta l'evento avverso di più frequente riscontro (in generale nelle strutture sanitarie e anche nello specifico presso la Casa di Cura, come evidenziato anche dai dati sopra riportati delle segnalazioni di IR dell'anno), ma anche al monitoraggio di un fenomeno

complesso ai fini dell'identificazione di aree di rischio sottese alla pratica quotidiana (es: *alert* dato da un improvviso aumento inatteso di episodi in un determinato reparto/servizio, che impone un'analisi attenta alla ricerca di elementi specifici di rischio). Nel corso del 2023 sono pertanto state segnalate alla Direzione Sanitaria 27 casi di "caduta", distribuiti per reparto/servizio come riportato nella tabella seguente:

Tab. 8 Segnalazioni di caduta per reparto/servizio: Anno 2023

segnalazioni per reparto	n°	%
medicina	7	25,93%
chirurgia	1	3,70%
ortopedia	10	37,04%
blocco operatorio	0	0,00%
RSA	9	33,33%
totale	27	100,00%

Il 51, 85% dei pazienti caduti (14) era di sesso femminile.

Tra i fattori di rischio intrinseci al paziente va considerata la polifarmaco-terapia, soprattutto con farmaci identificati in Letteratura come possibili fattori "favorenti" l'instabilità posturale e/o motoria dei pazienti:

Tab 9: Rischio farmacologico nei "casi"

rischio farmacologico	n°	%
sedativi del SSN	8	29,63%
antiipertensivi	11	40,74%
antiaritmici	5	18,52%
analgesici	0	0,00%
altro	3	11,11%
totale casi*	27	100,00%

**Molti pazienti assumo diversi farmaci potenzialmente a rischio contemporaneamente*

In 11 casi (40,74%) l'evento accadeva nel turno del mattino, nel 37,04% dei casi (10) nel turno notturno, in 6 casi (22,22%) nel turno pomeridiano.

Nel 74% dei casi la caduta avveniva nella stanza di degenza, come riportato in tabella:

Tab 10: Distribuzione di frequenza del luogo della caduta

Luogo dell'evento (turno)	n°	%
camera	20	74,07%
bagno della camera	3	11,11%
area comune	3	11,11%
corridoio	1	3,70%
totale	27	100,00%

Nel 26% dei casi alla caduta assisteva un familiare, presente nella stanza di degenza:

Tab 11: Presenza di altre persone nel momento della caduta

presenza di persone all'evento	n°	%
altro paziente	7	25,93%
familiare	1	3,70%
operatore sanitario	7	25,93%
nessuno	11	40,74%
missing	1	3,70%
totale	27	100,00%

La modalità di caduta in assoluto più frequente è stato lo “scivolamento a terra” (8 casi; 29,63%), seguito dalla caduta da carrozzina per mancata efficacia o per rimozione da parte dello stesso paziente della fascia contenitiva (5 casi; 18,52%), e dal letto (4 casi; 14,81%). Soprattutto in area chirurgica, tra i pazienti in degenza post-operatoria di tipo ortopedico, la caduta a terra era causata dall'utilizzo inappropriato di pantofole “aperte” da parte dell'utenza (che non rispettava le indicazioni date dal personale ai fini della loro sicurezza, ovvero l'utilizzo esclusivo di pantofole “chiuse”).

Nel 74% dei casi (20 sul totale di 27) erano in atto mezzi di tutela/contenzione del paziente: girello/deambulatore, carrozzina, fasce pettorali, spondine del letto etc.

Rispetto ai 27 episodi verificatisi nel corso del 2023, in 9 casi (33,3%) si sono verificate conseguenze “minori” (piccole escoriazioni, lieve agitazione del paziente dopo caduta, sudorazione, perdita di feci/urina), ma in 1 caso (3,7%) si è verificato un vero evento sentinella: il paziente ha subito una frattura trocanterica post-caduta e ha necessitato di trasferimento in PS per poi essere sottoposto d'urgenza ad intervento chirurgico (il paziente è poi tornato in reparto dove ha continuato il suo recupero, a quel punto soprattutto di tipo riabilitativo).

➤ **Dati relativi alle segnalazioni dell'Ufficio URP**

Nel corso del 2023 sono pervenute all'Ufficio URP un totale di 62 segnalazioni, pertanto abbastanza in linea con le segnalazioni pervenute nel corso dell'anno precedente.

La tipologia di criticità segnalata è riportata nella seguente tabella:

Tab.12: Tipologia di segnalazioni all'URP: Confronto dati 2022 vs 2023

tipologia reclamo	segnalazioni 2022		segnalazioni 2023	
	n°	%	n°	%
ritardo consegna documentazione clinica	24	36,36%	25	40,32%
qualità vitto	12	18,18%	6	9,68%
servizi comfort	6	9,09%	7	11,29%
prenotazione prestazioni ambulatoriali	3	4,55%	0	0,00%
lunghezza tempi di refertazione	0	0,00%	2	3,23%
problemi amministrativi vari	5	7,58%	2	3,23%
comunicazione con personale sanitario	6	9,09%	5	8,06%
protesi dentarie o altro materiale del pz perso/sparito	4	6,06%	5	8,06%
qualità prestazioni sanitarie (ambito ricovero)	4	6,06%	3	4,84%
qualità prestazioni sanitarie (ambito ambulatoriale)	2	3,03%	2	3,23%
segnalazioni positive-ringraziamenti	0	0,00%	5	8,06%
totale	66	100,00%	62	100,00%

Si conferma anche per il 2023 la criticità legata alla tempistica di consegna della documentazione sanitaria richiesta in copia (per lentezza da parte del reparto ad inviare le cartelle richieste all'Ufficio Ricoveri) ed una criticità legata alla qualità percepita del comfort alberghiero in generale.

Molto contenute invece le segnalazioni relative alla qualità della prestazione sanitaria effettuata, sia in ambito di ricovero che in ambito ambulatoriale.

➤ **Dati relativi al sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni Protesiche (anno di riferimento: 2022)**

Poiché l'incidenza viene calcolata sul numero totale di infezioni protesiche rilevate entro 1 anno (12 mesi) dalla data dell'intervento, ai fini del calcolo di un dato di incidenza di infezioni protesiche è necessario effettuare un follow-up di almeno 365 giorni. E' per questo motivo che in questo report, riferito all'anno 2023, si riportano i dati relativi agli interventi di chirurgia ortopedica protesica effettuati nel corso del 2022. Riportare infatti i dati del 2023 sarebbe del tutto prematuro e privo di significatività, non essendo ancora passato un lasso di tempo adeguato alla definizione stessa di infezione protesica (pertanto i dati di sorveglianza 2023 verranno riportati nelle Relazione Consuntiva Annuale del Rischio Clinico 2024).

Dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2022 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico protesico 612 pazienti (contro i 582 del 2021), come riportato nella seguente tabella:

Tab 13: Casistica sottoposta a sorveglianza protesica: Confronto Anno 2021-2022

Anno di riferimento	PTA	PTA rev	PTA rev per infezione	tot PTA	PTG	PTG rev	PTG rev infezione	tot PTG	PTS	PTS rev	PTS rev per infezione	tot PTS	Totale
anno 2021	230	14	0	244	312	10	1	322	16	0	0	16	582
anno 2022	212	9	2	221	348	7	3	355	35	1	0	36	612
totale	442	23	2	465	660	17	4	677	51	1	0	52	1194

Legenda: PTA Protesi d'anca; PTA rev: revisione di PTA
 PTG Protesi di ginocchio; PTG rev: revisione di PTG
 PTS Protesi di spalla; PTS rev: revisione di PTS

Nella quasi totalità dei casi, trattandosi di chirurgia elettiva, è stata effettuata una chemioprophilassi antibiotica secondo le Linee Guida SIOT del 2021, condivise con le équipe chirurgiche, e secondo specifica procedura aziendale.

Ai fini del calcolo del Tasso di Infezione per chirurgia ortopedica protesica si fa riferimento alle infezioni "primarie" (ossia con intervento primario eseguito presso la Casa di Cura) nei 12 mesi precedenti la diagnosi di infezione, come da definizione secondo Linee Guida SIOT. Vengono inoltre messi a confronto i tassi di infezione definiti impropriamente "secondari", ossia interventi eseguiti per infezione protesica con intervento primario eseguito presso altra Struttura, o eseguiti presso la Casa di Cura più di 12 mesi prima la comparsa di infezione articolare.

Ad inizio 2024 si sono rilevati pertanto i seguenti risultati relativi alle infezioni protesiche del 2022 (tempo di follow-up: 1 anno):

Tab 14: Calcolo dei Tassi di Incidenza di Infezione Protesica: Confronto Anno 2021-2022

Confronto Tassi di Infezione		Anno 2021	Anno 2022
	n° totale interventi	230	212
	casi infezione primaria*	0	0
PTA	tasso di incidenza	0,00%	0,00%
	casi di infezione secondaria**	0	2
	tasso di incidenza	0,00%	0,94%
	n° totale interventi	312	348
	casi infezione primaria*	0	1
PTG	tasso di incidenza	0,00%	0,29%
	casi di infezione secondaria**	1	2
	tasso di incidenza	0,32%	0,57%

*Infezioni di protesi di pazienti sottoposti nei 12 mesi precedenti ad intervento chirurgico primario nella casa di Cura

**Infezioni di protesi di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico primario in altra sede o presso la Casa di Cura più di 12 mesi prima la diagnosi di infezione

➤ **Dati relativi all'implementazione del Sistema di Sorveglianza attiva delle Infezioni delle Vie Urinarie (IVU)**

Presso la Casa di Cura Villa dei Pini di Civitanova Marche, da Aprile 2022 è attivo un programma di sorveglianza sanitaria attiva delle infezioni delle vie urinarie. Nello specifico il programma di sorveglianza prevede una raccolta costante di dati clinici e laboratoristici di tutti i degenti di area medica con un ricovero di durata superiore alle 48 ore e che saranno definiti come "popolazione". Durante l'arco temporale Aprile 2022 - Dicembre 2023, su una popolazione di 1548 degenti, sono stati rilevati 315 casi di positività all'esame colturale delle urine, con un tasso di incidenza pari al 20.35%. Nel campione dei casi si è scelto di non annoverare, e di usare pertanto come criterio di esclusione, i pazienti con IVU già conclamata al momento del ricovero e con terapia antibiotica già prescritta e/o somministrata a domicilio o presso altri istituti di cura.

Nella tabella 8 vengono descritte le principali caratteristiche della popolazione oggetto di studio a confronto con quelle del campione dei casi risultati positivi all'esame colturale.

Tabella 15 Caratteristiche del Campione oggetto di studio

Caratteristiche del campione	Popolazione	Casi di positività colturale
maschi	736	125
maschi (%)	47,50%	39,70%
femmine	812	190
femmine (%)	52,50%	60,30%
Età media	80,9	82,5
Degenza media	16,10%	25,70%
portatori di CV	54,30%	72,40%
totale	15	315,00%

CV: Catetere vescicale

Nelle tabelle numero 16 e 17 vengono riportati gli Odds Ratio, (rapporto di probabilità tra esposizione ad un fattore di rischio e sviluppo della patologia) rispettivamente dei fattori di rischio intrinseci al paziente (patologie compresenti) e dei fattori di rischio estrinseci al paziente (utilizzo di dispositivi sanitari).

Tabella 16 Distribuzione Fattori Intrinseci e calcolo OR

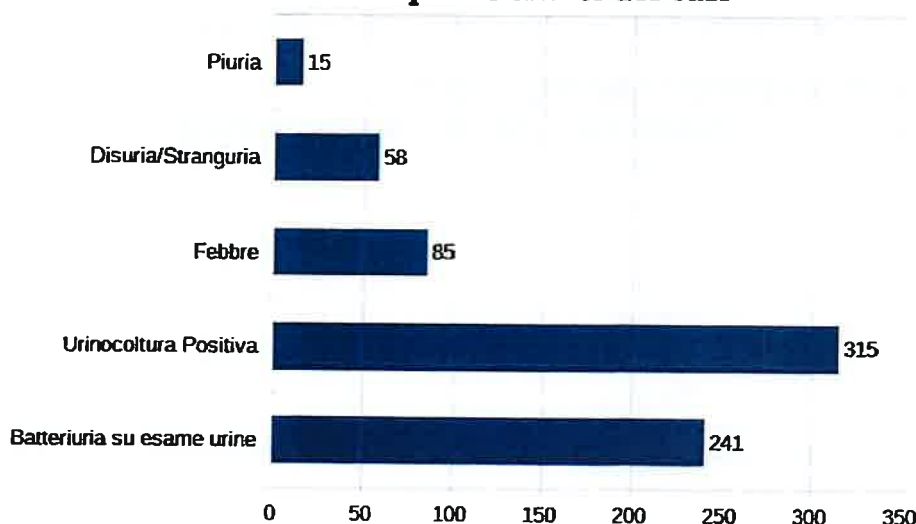
Fattori Intrinseci - Patologie concomitanti	ODD Ratio
Immunodepressione	0,84
Neoplasia	0,53
Patologia respiratoria	0,52
Patologia cardiaca	0,79
Patologia gastrointestinale	0,6
Disabilità	1,66
Diabete mellito	1,01
Obesità	1,44
Allettamento	2,5
Lesioni da pressione	3,69
Febbre all'ingresso	1,4
Altre infezioni	1,01

Tabella 17 Distribuzione Fattori estrinseci e calcolo OR

Fattori Estrinseci - Dispositivi invasivi	ODD Ratio
CV	2,65
CVC	1,54
CVP	0,19
SNG	1,93

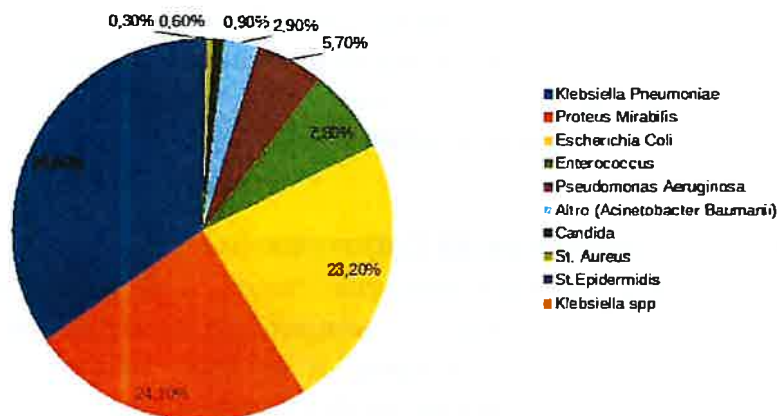
Nel grafico numero 1 vengono riportati i dati inerenti i quadri clinici relativi ai "casi" di positività, tenendo presente che più quadri clinici potrebbero essere compresenti in un solo "caso positivo".

Grafico 1: Descrizione dei quadri clinici dei casi



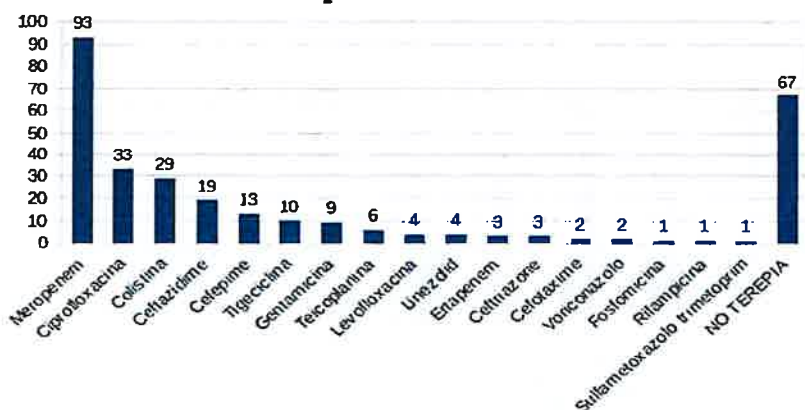
In merito ai casi di positività, nel grafico numero 2 viene riportata la distribuzione percentuale di tutti gli organismi patogeni isolati all'esame colturale delle urine.

Grafico 2. Microrganismi patogeni rilevati nei 315 "casi"



In 227 casi su 315 (72%) il patogeno isolato era un microrganismo resistente, e 9 di questi casi nello specifico avevano caratteristiche di multi-resistenza, con sensibilità ad una o massimo due molecole antibiotiche. Successivamente alla dovuta distinzione clinica tra paziente con colonizzazione del tratto urinario e paziente con infezione conclamata, grazie al supporto dell'antibiogramma, sono state prescritte e somministrate terapie antibiotiche mirate e i principi attivi utilizzati sono riportati nel grafico numero 3.

Grafico 3. Antibiotici prescritti e somministrati in caso di IVU



I dati così raccolti ed analizzati in più momenti nel corso del tempo ci permettono di dire che attualmente l'andamento delle IVU è in miglioramento rispetto all'inizio del programma di sorveglianza sanitaria con la diminuzione del tasso di incidenza di circa 2 punti percentuali nel biennio rispetto ai dati raccolti per il solo anno 2022. A tal proposito va menzionato che nel 2023 sono state introdotte misure per l'implementazione e il miglioramento delle procedure; ad esempio sono stati scelti e utilizzati nuovi presidi specifici per la riduzione delle infezioni delle vie urinarie, quali: sacche di raccolta sterili per le urine a circuito chiuso dotate di filtro antibatterico, valvola anti-reflusso, hub per prelievo di campioni e rubinetto di scarico; kit da cateterismo sterile, contenente tutto il

materiale per il posizionamento del presidio per la standardizzazione della procedura. Inoltre, nel mese di Maggio si è tenuto un corso di aggiornamento aperto a tutti i professionisti sanitari che operano in casa di cura, dal titolo “Sicurezza delle cure: controllo del rischio infettivo”.

Per il futuro si prevede di implementare la componente formativa e di aggiornamento, in particolar modo riguardo le seguenti tematiche: le caratteristiche ed il corretto utilizzo dei presidi, le procedure di gestione del paziente infetto/colonizzato da microrganismo multi-resistente attraverso il costante ripasso delle misure di precauzione standard e aggiuntive, il riconoscimento precoce di un paziente con IVU rispetto al paziente da considerare colonizzato, il buon uso degli antibiotici.

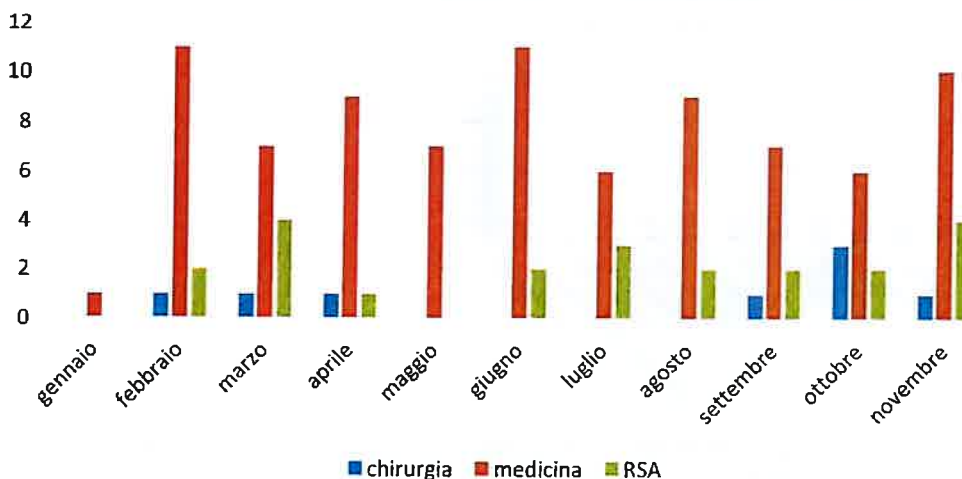
► Dati relativi alla Sorveglianza di Laboratorio

Nel corso del 2023 sono stati complessivamente isolati 114 germi con diverse caratteristiche di resistenza all’antibiogramma, provenienti da materiale biologico vario (emocultura, urine, materiale da ferita chirurgica o da LDP, nefrostomie, drenaggi chirurgici, tamponi faringei, altro). Ogni isolamento di microrganismo *alert* nel presente report è calcolato 1 sola volta (ovvero riscontri ripetuti non sono considerati nel novero dell’analisi).

La distribuzione dei germi sentinella per reparto di isolamento e per mese di isolamento è riportata nel seguente grafico:

Grafico 4: Distribuzione degli isolati Alert per reparto e per mese (Anno 2023)

Distribuzione degli isolati sentinella per reparto e per mese



Si sono analizzate le distribuzioni di microrganismi sentinella per reparto/servizio, per tipologia di materiale sottoposto ad indagine colturale e per caratteristiche di resistenza agli Antibiotici.

Tab 11 Distribuzione degli isolati Alert per tipologia di materiale colturale in Area Chirurgica (Anno 2023)

Area Chirurgica				
Isolato	tot	Resistenza	tampone nasale	urinoc.
E. Coli	2	ESBL		2
Klebsiella pn.	3	ESBL		3
	1	KPC		1
MRSA	2		2	
totale	8		2	6

Tab 12 Distribuzione degli isolati Alert per tipologia di materiale colturale in Area Medica (Anno 2023)

Area Medica									
Isolato	Tot	Resistenza	coproc.	cvc + emoc.	emoc.	escreato	ferita	lesione cutanea	urinoc.
Acinetobacter	6	MDR		1	1				4
Clostridium tox A e B	6		6						
E. Coli	19	ESBL			2				17
Enterococcus faecium	1	KPC							1
	5	VRC							5
Klebsiella pn.	9	ESBL						1	8
	14	KPC			1	1			12
	1	MDR							1
Proteus M.	20	ESBL							20
Salmonella	2		2						
Staphilococco aureo	1	MRSA					1		
totale	84	0	8	1	4	1	1	1	68

Nel caso dell'isolamento dei 2 casi di Salmonella, pur essendosi presentata una correlazione temporale potenzialmente suggestiva, l'ipotesi di cluster ambientale è stata scartata dopo verifica del sierotipo, risultato diverso nei due casi: infatti nel primo caso (soggetto proveniente da soggiorno in Paese tropicale) si trattava di una Salmonella Javana, nel secondo caso (soggetto residente localmente e senza evidenza di nesso epidemiologico con il primo) di Salmonella Enteritidis.

Tab 13 Distribuzione degli isolati Alert per tipologia di materiale colturale in RSA (Anno 2023)

RSA						
Isolato	tot	Resistenza	coproc.	emoc.	peg	urinoc.
acinetobacter						
baumannii	1	MDR				1
clostridium tox A e B	1		1			
E. Coli	6	ESBL				6
klebsiella pn.	5	ESBL			1	4
		KPC				
proteus	8	ESBL				8
staphilococco aureo	1	MRSA		1		
totale	22		1	1	1	19

► **Dati relativi al Comitato Valutazione Sinistri**

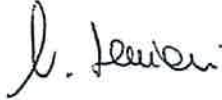
Nel corso del 2023 l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) ha gestito la seguente casistica:

- Numero di nuove richieste risarcitorie in tutto il 2023: 21 (pertanto un 3.73‰ dei ricoveri totali effettuati);
- Numero di nuove richieste di risarcimento chiuse nell'anno 2023: 1(4.8% del totale delle nuove richieste di risarcimento; 0.17‰ rispetto ai ricoveri totali effettuati) chiuse tra quelle aperte nello stesso 2022, 13 in totale quelle chiuse nel corso del 2023, anche aperte precedentemente;

Tutti i dati relativi al CVS sono reperibili nell'apposita pagina del sito.

Civitanova Marche
27/03/2024

Dr.ssa Nicoletta Damiani
Risk Manager



Dr.ssa Marina Leone Saliconi
Referente per Rischio Clinico

