

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

REDATTO DA:

Dott. Donato SIVO

Dirigente Responsabile UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management ASL BT

Dott.ssa APSF Beatrice Dibenedetto
UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management ASL BT

Dott.ssa APSF Chiara Satalino
UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management ASL BT

ANNO 2024



PREMESSA

Lo scoglio più difficile da affrontare per chi ha iniziato a promuovere programmi di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie è sicuramente la complessità del problema, a livello organizzativo, insieme alla delicatezza degli equilibri professionali da mettere in discussione. Gestire il rischio clinico è un problema complesso perché significa innanzi tutto identificare le criticità ed analizzare i processi di erogazione e produzione dei servizi, che coinvolgono numerosi attori interagenti sul territorio ed all'interno delle strutture sanitarie. Tali processi sono tutt'altro che uniformi, per cui le criticità che si possono rilevare nell'analisi sono spesso legate a pratiche e contingenze locali, cosicché l'individuazione di azioni di miglioramento deve di volta in volta tener conto delle specificità dei casi prima di implementare cambiamenti a livello di sistema. Parlare di rischio clinico significa anche considerare gli errori commessi dai professionisti sanitari e non, per cui la questione richiede la massima delicatezza, visto che quando c'è l'errore si è abituati a ricercare immediatamente un colpevole, piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito. Questo è un problema che richiede un grosso cambiamento culturale per essere affrontato: solo riconsiderando l'errore come un'occasione di apprendimento anziché come una colpa, si può pensare di pretendere dagli operatori sanitari la segnalazione spontanea e l'analisi degli eventi avversi. Di conseguenza, per supportare le esperienze di gestione del rischio clinico sviluppate a livello di singola azienda o di singola unità operativa, si pone la necessità di un intervento squisitamente di governance che raccolga il bisogno di cambiamento e lo traduca in azioni di ampio respiro, per rinnovare il sistema sanitario ed il rapporto di fiducia con i cittadini.

Uno degli obiettivi prioritari sia di livello regionale che aziendale è rappresentato dalla crescita della cultura della sicurezza e dalla consapevolezza che la sicurezza, oltre a rappresentare un elemento imprescindibile del governo clinico, avrà un peso sempre più rilevante sulle politiche sanitarie, anche in considerazione degli aspetti economici relativi ai costi diretti e indiretti conseguenti agli eventi avversi.

In quest'ottica il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, in continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti. Tale strumento è espressione dell'impegno della Direzione Strategica ai fini della qualità

dell'assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la realizzazione di interventi coordinati che coinvolgono l'intera organizzazione sanitaria.

RIFERIMENTI NORMATIVI

La 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"* all'articolo 2 comma 5 modificando l'articolo 1 comma 539 della legge 28 dicembre 2015 numero 208 prevede che *"Le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria"*.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 disponeva, inoltre, che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) ed i cosiddetti "quasi eventi"/near miss: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi.

La D.G.R n. 558/2022 del 20.04.2022 avente oggetto *"Attuazione dell'art. 2 del decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/8/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA – Approvazione dell'Atto aziendale della dotazione organica dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.). Revoca della D.G.R. n.4/2017 e la rettifica della D.G.R. n.2265/2017"* prevede che il Servizio Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del Paziente (CRRIS) definisca i criteri ed i contenuti dei Piani Annuali di Risk Management delle strutture sanitarie regionali con monitoraggio della loro qualità e grado di implementazione.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Via Cappuccine 15 - 76123 Barletta
Dirigente Responsabile: dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

L'art. 15, comma 1 lettera a) , della legge 5 agosto 2022, n. 118, ha sostituito l'art. 8 -quater , comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevedendo che l'accreditamento possa essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza.

Il DECRETO 19 dicembre 2022 (*"Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie"*) prevede che il rilascio dell'accreditamento istituzionale in favore delle nuove strutture che ne facciano richiesta, o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, è concesso in base alla valutazione, da parte di ciascuna regione e provincia autonoma:

- dell'impegno al perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni, definiti dalla regione o provincia autonoma tenendo conto della normativa sulla gestione del rischio clinico e degli elementi riferiti alla sicurezza;
- degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017 e dal D.M. 19.12.2022, questo documento fornisce indicazioni a tutte le strutture appartenenti alla ASL BT.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Viale Ippocrate 15 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile Totò Donato SIVO
tel. 0883.777.843
donato.sivo@aslbat.it

DESCRIZIONE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO

La ASL BT, come da deliberazione della Direttrice Generale n. 746 del 24/04/2024: "Adozione Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Barletta-Andria-Trani ASL BT, ex art. 3 comma 1 bis del D.lgs n. 502 del 30 dicembre 1992", è costituita da 3 Presidi Ospedalieri presenti rispettivamente presso i Comuni di Andria, Barletta e Bisceglie, da una U.O.S.V.D. SET 118, reparto di Lungodegenza e Riabilitazione Cardiologica di Canosa e dai differenti Distretti, da 1 a 5, ognuno con competenza territoriale:

- Distretto 1 Margherita di Savoia
- Distretto 2 Andria
- Distretto 3 Canosa di Puglia
- Distretto 4 Barletta
- Distretto 5 Trani

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE

Il Presidio Ospedaliero di Andria eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso Generale
- Blocco operatorio e Rianimazione
- Unità Operativa Complessa di Cardiologica (UTIC)
- U.O.S.V.D. Emodinamica – U.O.S. Elettrofisiologia
- Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia
- Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia
- Unità Operativa Complessa di Pediatria e Neonatologia
- Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia
- Unità Operativa Complessa di Medicina
- Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale
- Unità Operativa Complessa di Urologia
- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero urgente, ordinario e diurno
- Prestazioni assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Il Presidio Ospedaliero di Barletta eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso Generale



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.asibat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E S&O MANAGEMENT"
Viale Ippocrate 15 - 76121 Barletta
Direttore Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0884.271.811
donato.sivo@aslbat.it

- Blocco operatorio e Rianimazione
- Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi
- Unità Operativa Complessa di Cardiologica
- Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia
- Unità Operativa Complessa di Pediatria e Neonatologia
- Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale
- Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia
- Unità Operativa Complessa di Otorinolaringoiatria
- Unità Operativa Complessa di Medicina
- Unità Operativa Complessa di Neurologia
- Unità Operativa Complessa di Ematologia
- Unità Operativa Complessa di Oncologia
- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero urgente, ordinario e diurno
- Prestazioni assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Il Presidio Ospedaliero di Bisceglie eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso Generale
- Blocco operatorio e Rianimazione
- Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia
- Unità Operativa Complessa di Medicina
- Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia
- Unità Operativa Complessa di Pediatria e Neonatologia
- Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive
- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero urgente, ordinario e diurno
- Prestazioni assistenza specialistica in regime ambulatoriale

RETI ASSISTENZIALI REGIONE PUGLIA

- RETE IMA: Unità Operativa Complessa di Cardiologia, Presidio Ospedaliero Andria, HUB con UTIC, Riconoscimento della Rete Infarto Miocardico Acuto.
- RETE STROKE: Unità Operativa Complessa di Neurologia, Presidio Ospedaliero Barletta, Stroke Unit (Spoke).



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Viale Ipocrate 15 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.971.542
donato.sivo@aslbat.it

- ROP: la ASL BT è compresa nel Dipartimento Integrato di Oncologia di Capitanata che ha sede presso il Policlinico di Foggia, con ASL Foggia e l'Ente Ecclesiastico Casa sollievo della Sofferenza.

Le tabelle di seguito riportate rappresentano il contesto organizzativo della ASL BT.

Tabella 1 – Dati identificativi

DATI IDENTIFICATIVI			
ENTE	AZIENDA SANITARIA LOCALE BT		
Indirizzo	INDIRIZZO	CITTÀ	PROVINCIA
		Via Fornaci 201	ANDRIA
Telefono	0883 291209		
P.I.	06391740724		
Cod. Fisc.	90062670725		
Codice Ateco	Q - Sanità e Assistenza Sociale		



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 75123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.asibat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO-QUALITÀ E RISK MANAGEMENT"
Piazzale generale 15 - 75123 Andria
Dirigente Responsabile Fort Donato SIVD
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

Tabella 2 – Dati strutturali ASL BT

ASL BT			
DATI STRUTTURALI ^(A)			
Estensione territoriale	1.538, 68 Km2	Popolazione residente	n. 379.251
Distretti Sanitari	n. 5	Presidi Ospedalieri Pubblici	n. 3
Posti letto ordinari	n. 468,50	Medicina	n. 280,67
		Chirurgia	n. 187,83
Posti letto diurni	n. 28,78	Medicina	n. 13,00
		Chirurgia	n. 15,78
Servizi Trasfusionali	n. 2		
Blocchi Operatori	n. 5,00	Sale Operatorie	n. 17,00
Terapie Intensive	n. 3,00	UTIC	n. 1,00
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI ASL BT			
Ricoveri ordinari	n. 22.593,00	Ricoveri diurni	n. 1.216,00
Accessi PS (escluso dati PPI)	n. 98.668,00	Numero parti	n. 1.547,00
Branche specialistiche	n.	Prestazioni ambulatoriali esterne da CUP	n. 2.497.813,00

(A): Dati forniti dal Dipartimento Controllo di Gestione ASL BT e aggiornati al 31/12/2023 con calcolo media anno modello HSP22BIS e Fonte SDO 2023.

Tabella 3 – Dati strutturali presidi ASL BT

P.O. ANDRIA ^(A)			
Posti letto ordinari	n. 147,75	Medicina	n. 60,25
		Chirurgia	n. 87,50
Posti letto diurni	n. 7	Medicina	n. 2
		Chirurgia	n. 5
Servizi Trasfusionali	n. 1		
Numero Blocchi Operatori	n. 1	Numero Sale Operatorie	n. 6
Numero ricoveri ordinari	n. 8.585,00	Numero ricoveri diurni	n. 36,00
Numero accessi PS	n. 29.885,00	Numero parti	n. 611,00

(A): Dati forniti dal Dipartimento Controllo di Gestione ASL BT e aggiornati al 31/12/2023 con calcolo media anno modello HSP22BIS e Fonte SDO 2023.

P.O. BARLETTA^(A)			
Posti letto ordinari	n. 201,58	Medicina	n. 123,42
		Chirurgia	n. 78,17
Posti letto diurni	n. 20,00	Medicina	n. 11,00
		Chirurgia	n. 9,00
Servizi Trasfusionali	n. 1		
Numero Blocchi Operatori	n. 1	Numero Sale Operatorie	n. 5
Numero ricoveri ordinari	n. 9.447,00	Numero ricoveri diurni	n. 916,00
Numero accessi PS	n. 45.555,00	Numero parti	n. 430,00

(A): Dati forniti dal Dipartimento Controllo di Gestione ASL BT e aggiornati al 31/12/2023 con calcolo media anno modello HSP22BIS e Fonte SDO 2023.

P.O. BISCEGLIE^(A)			
Posti letto ordinari	n. 83,17	Medicina	n. 61,00
		Chirurgia	n. 22,17
Posti letto diurni	n. 1,78	Medicina	n. 0
		Chirurgia	n. 1,78
Numero Blocchi Operatori	n. 1	Numero Sale Operatorie	n. 3
Numero ricoveri ordinari	n. 4078,00	Numero ricoveri diurni	n. 264,00
Numero accessi PS	n. 23228,00	Numero parti	n. 506,00

(A): Dati forniti dal Dipartimento Controllo di Gestione ASL BT e aggiornati al 31/12/2023 con calcolo media anno modello HSP22BIS e Fonte SDO 2023.

Tabella 4 – Dati strutturali ASL BT – LUNGODEGENZA E RECUPERO RIABILITAZIONE FUNZIONALE

LUNGODEGENZA CANOSA - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA CANOSA			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	n. 36	Medicina	n. 36
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
Ricoveri ordinari	n. 483	Ricoveri diurni	n. 0
Numero Blocchi Operatori	n. 1	Numero Sale Operatorie	n. 2

(A): Dati forniti dal Dipartimento Controllo di Gestione ASL BT e aggiornati al 31/12/2023 con calcolo media anno modello HSP22BIS e Fonte SDO 2023.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata realizzata la tabella 5 riportante gli eventi segnalati nell'anno 2023:

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2023

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	12 - 35%	17%	Strutturali 25% Tecnologici 0% Organizzativi 67% Procedure/Comunicazione 8%	Strutturali 25% Tecnologici 0% Organizzativi 67% Procedure/Comunicazione 8%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	18 - 53%	72%	Strutturali 28% Tecnologici 0% Organizzativi 61% Procedure/Comunicazione 11%	Strutturali 28% Tecnologici 0% Organizzativi 61% Procedure/Comunicazione 11%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Sentinella	4 - 12%	0%	Strutturali 50% Tecnologici 0% Organizzativi 0% Procedure/Comunicazione 50%	Strutturali 50% Tecnologici 0% Organizzativi 0% Procedure/Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%

Considerati gli eventi segnalati nel 2023, questa U.O.S.V.D. ha immediatamente attuato correttivi necessari, per ridurre le cause che hanno portato al verificarsi degli eventi avversi.

I correttivi attualmente applicati sono:

- formazione e informazione in merito alle raccomandazioni ministeriali attraverso audit e riunioni con direttori, coordinatori e personale sanitario afferente alla ASL BT;
- condivisione delle procedure aziendali in essere e attivit  di supporto per l'applicazione delle stesse;
- workshop di confronto in merito agli eventi cadute segnalati, con valutazione e condivisione dei trend degli scorsi anni in confronto ai dati del primo semestre del 2024, scheda valutazione del rischio, brochure informativa e testasetto (stampati e distribuiti in tutte le unit  operative di degenza);
- corso di addestramento per la de-escalation in collaborazione con la U.O.S.V.D. Formazione per il personale afferente ai reparti ad alto rischio, come da DVR;
- distribuzione a tutte le Unit  Operative del manifesto riepilogativo delle procedure aziendali derivate dalle raccomandazioni ministeriali, dotato di QR code, utile per refresh in auto-formazione e per una immediata consultazione in caso di necessit ;
- delibera per aggiornamento delle Procedure per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- implementazione di un protocollo per il monitoraggio delle ICA.

In ottemperanza all'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio",   stata elaborata la tabella di seguito riportata (Tabella 6):

Tabella 6 – Sinistrosit  e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2019	25	16	1.886.684,71 �
2020	19	9	2.009.296,47 �
2021	14	5	3.809.374,75 �
2022	28	9	515.228,93 �
2023	31	19	2.493.726,44 �
Totale	117	58	10.714.311,3 �

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Si riporta di seguito la descrizione della posizione assicurativa della ASL BT (Tabella n. 7):

Tabella 7 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020- 2023	La polizza è stata stipulata in data 01/03/2020 con scadenza al 01/03/2023 e prorogata con n. prot. n. 50868 del 27/06/2023.	AMTRUST SPA	PREMIO LORDO € 2.286.075,00. PREMIO NETTO € 1.870.000,00	€ 500.000,00	AON SPA



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Via Ippocrata 19 - 76123 Andria
Dirigente Responsabile dott. Donato Sivo
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PRECEDENTI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Studio di prevalenza presso il P.O. di Barletta e Bisceglie	Report descrittivo dell'anno 2023	Pianificato almeno 1 report descrittivo per l'anno 2024
Monitoraggio indicatori attinenti la procedura aziendale in essere relativa alla Raccomandazione Ministeriale n. 6	Report descrittivo dell'anno 2023 con i dati appartenenti al Dipartimento Materno Infantile comprensivo di monitoraggio degli indicatori presenti in procedura	Pianificazione del monitoraggio degli indicatori presenti in procedura per l'anno 2024.
Lavaggio delle mani	Report descrittivo dell'anno 2023	Soluzione idroalcolica gel/spesa per soluzione idroalcolica sostenuta dalle UU.OO. (36%)
Antibiotico terapia	Revisione della procedura e/o moduli annessi	Aggiornamento procedura

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico:** redige e monitora l'implementazione del Piano, effettua l'analisi dei dati raccolti ed invia il Piano al Centro Regionale Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente.
2. **Direttore di Dipartimento responsabile dell'applicazione del documento e del monitoraggio degli indicatori all'interno delle Unità Operative afferenti al proprio dipartimento.**
3. **Direzione Sanitaria Centrale e Locale che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARS.**
4. **Direzione Amministrativa che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARS.**
5. **Direzione Strategica Aziendale/ Proprietà della Struttura:** si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED-MANAGEMENT"
Piazzale Ippocrate 15 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile Dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.630
donato.sivo@aslbat.it

Azione	Dirigente Responsabile UOSVD Rischio Clinico	Direttore di Dipartimento	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Direttore Generale
Redazione PARS	R	I	C	C	C
Adozione PARS	C	C	C	C	R
Applicazione PARS	C	R	I	I	I
Monitoraggio PARS	R	R	C	C	C
Analisi e valutazione dei dati	R	R	C	C	C

LEGENDA

R: responsabile

C: coinvolto

I: informato

Nella specifica realtà della ASL BT, il Dirigente Responsabile del Rischio Clinico si avvale di un Gruppo di lavoro per la Gestione del Rischio, costituito dai principali stakeholder interni all'azienda tra cui il Direttore di Dipartimento, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, ma anche tutti i riferimenti che vengono coinvolti quotidianamente nelle principali attività di identificazione, analisi e risoluzione degli eventi avversi o quasi eventi.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT"
Viale Ippocrate 13 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.212
donato.sivo@aslbat.it

OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

Il presente documento sulla gestione del rischio aziendale è di natura "programmatoria". Con esso ogni struttura definisce gli obiettivi in linea con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. La gestione del Piano Annuale Rischio Sanitario può essere considerato come un vero e proprio processo aziendale, con le caratteristiche di continuità nel tempo e di sviluppo teso al miglioramento della sicurezza delle cure e dell'organizzazione dell'Azienda.

OBIETTIVI

Gli obiettivi strategici sono:

1. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
2. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e azioni di monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
4. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
5. favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management e Rischio Clinico.

Gli obiettivi aziendali sono:

- a) l'analisi degli eventi avversi per l'individuazione delle cause dell'evento e per reperire eventuali soluzioni tempestive organizzativo – gestionali;
- b) l'analisi dei processi indirizzata alla reingegnerizzazione dei processi stessi per la riduzione dei rischi e l'ottimizzazione dei costi.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 75123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT"
Viale Ippocrata 15 - 75121 Santeramo
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.513
donato.sivo@aslbat.it

OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Tabella 8 – Attività N. 1.1

ATTIVITÀ 1.1 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso di Gestione Del Rischio Clinico”		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	U.O.S.V.D. Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

Tabella 9 – Attività N. 1.2

ATTIVITÀ 1.2 - Progettazione ed esecuzione di Audit formativi e Workshop su uno specifico Rischio: “Prevenzione del Rischio Caduta”		
INDICATORE Esecuzione di almeno un incontro entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	U.O.S.V.D. Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
dirazione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO-QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Via Ippocrata 18 - 76121 Barletta
Dipartimento Rischi e Controllo Infezioni Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

Tabella 10 – Attività N. 1.3

ATTIVITÀ 1.3 - Progettazione ed esecuzione di Formazione Obbligatoria per "La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Aspetti metodologici e culturali"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE U.O.S.V.D. Gestione Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	U.O.S.V.D. Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

OBIETTIVO 2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

Tabella 12 – Attività N. 2.1

ATTIVITÀ 2.1 – Revisione e implementazione delle procedure connesse ai sistemi operativi complessi			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Regolamento del Blocco-Parto Aggiornamento e percorso	Revisione Focus on: <ul style="list-style-type: none"> • Avvio del corso di preparazione al parto per le future mamme • Percorso per partoanalgesia 	Valutazione esiti con audit e report annuali	SI
Tutela della gravidanza fisiologica e Promozione dell'appropriatezza e della riduzione del taglio cesareo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti • Informatizzazione scheda Robson 	Valutazione esiti con audit e report trimestrali su andamento casi distinti per Robson	SI
Regolamento del Blocco Sala Parto	Revisione Focus on: <ul style="list-style-type: none"> • Sterilizzazione strumentario e dispositivi • Preparazione del paziente all'intervento 	Realizzazione della revisione	SI
Valutazione dei processi appartenenti alle patologie di competenza e al percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti • Informatizzazione scheda Meows 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti con audit e report trimestrali su andamento casi distinti per 	SI



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@asibat.it
direzione.generale.asibat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Via Ippocrate 13 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@asibat.it

		<p>indicatori citati in procedura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione sistema di valutazione rischio intrinseco con informatizzazione scheda MEOVS 	
Tempi di attesa in Pronto Soccorso per codice colore	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti per i tempi di attesa attraverso sistema Edotto 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti e risultati i tempi di attesa in Pronto Soccorso attraverso il sistema Edotto con report annuale 	SI
Tempi di processo in Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti per i tempi di processo attraverso sistema Edotto 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti e risultati i tempi di processo attraverso il sistema Edotto con report annuale 	SI
Filtro eseguito sui codici arancioni	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione esiti per filtro attraverso sistema Edotto 	<ul style="list-style-type: none"> • Codici arancioni attribuiti in Pronto Soccorso in un anno / N. totale pazienti triagiati in Pronto Soccorso in un anno 	SI



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
dirazione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E RFD MANAGEMENT"
Via F.lli Popocate 15 - 76121 Barano
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.212011
donato.sivo@aslbat.it

		<ul style="list-style-type: none"> • Codici arancioni attribuiti in Pronto Soccorso e ricoverati in un anno / N. totale pazienti con codice arancione attribuito in Pronto Soccorso in un anno • Codici arancioni attribuiti in Pronto Soccorso e dimessi in un anno / N. totale pazienti con codice arancione attribuito in Pronto Soccorso in un anno • Codici arancioni attribuiti in Pronto Soccorso e trasferiti in un anno / N. totale pazienti con codice arancione attribuito in Pronto Soccorso in un anno • Codici arancioni attribuiti in Pronto 	
--	--	---	--



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0833.299.750
direzione.generale@aslbatt.it
direzione.generale.aslbatt@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E RFD MANAGEMENT"
Viale Ipponate 15 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile dott. Donato Sivo
tel. 0833.277118
donato.sivo@aslbatt.it

		Soccorso e deceduti in un anno / N. totale pazienti con codice arancione attribuito in Pronto Soccorso in un anno	
Abbandono	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione esiti per abbandono del Pronto Soccorso attraverso sistema Edotto 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione esiti per abbandono del Pronto Soccorso a seguito di accettazione (pazienti giunti con mezzo proprio o con 118) N. pazienti che hanno abbandonato il Pronto Soccorso dopo accettazione in un anno/ N. totale pazienti giunti in Pronto Soccorso in un anno 	SI
Ricoveri chirurgici con DRG chirurgici	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione esiti per ricoveri chirurgici attraverso sistema Edotto 	<ul style="list-style-type: none"> N. ricoveri chirurgici da pronto soccorso in un anno (da 	SI



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslb.it
direzione.generale.aslb@pecurpar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Viale Ipocrata 15 - 76123 Andria
Dipartimento Prevenzione e JCI/Donato SIVC
donato.sivo@aslb.it

		EDOTTO) / N. DRG chirurgico in un anno (da SDO)	
--	--	---	--

Tabella 13 – Attività N. 2.2

ATTIVITÀ 2.2 – RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI. Revisione e implementazione delle procedure connesse ai sistemi operativi complessi.			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Raccomandazione n. 1: Corretta utilizzo soluzioni concentrate di cloruro di potassio	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite Safety Walkaround (SWR)	Realizzazione della revisione della procedura.	SI
Raccomandazione n. 2: Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite Safety Walkaround (SWR)	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 3: Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite Safety Walkaround (SWR)	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 4: Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	• Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da	Realizzazione della revisione della procedura	SI



	<p>parte degli operatori tramite SWR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppo di lavoro sulla comunicazione interna 		
<p>Raccomandazione n. 5: Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR • Check-list per il controllo della Frigoemoteca • Partecipazione al COBUS • Utilizzo di un sistema di segnalazione di eventi avversi e near miss 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione della revisione della procedura • Implementazione del PMB (plain blood management) • N. segnalazioni/anno 	SI
<p>Raccomandazione n. 6: Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</p>	<p>Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR</p>	<p>Realizzazione della revisione della procedura</p>	SI
<p>Raccomandazione n. 7: Raccomandazione per la prevenzione della morte,</p>	<p>Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte</p>	<p>Realizzazione della revisione della procedura</p>	SI

coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	degli operatori tramite Safety Walkaround (SWR)		
Raccomandazione n. 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR • Gruppo di lavoro sulla comunicazione interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione della revisione della procedura • N. operatori che segnalano eventi alla Sorv. Sanitaria/ n. di eventi segnalati alla U.O.S.V.D. Rischio Clinico per UU.OO. 	SI
Raccomandazione n. 9: Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 10: Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 11: Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte	Realizzazione della revisione della procedura	SI

<p>sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</p>	<p>degli operatori tramite SWR</p>		
<p>Raccomandazione n. 12: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look- alike/sound-alike"</p>	<p>Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR</p>	<p>Realizzazione della revisione della procedura</p>	<p>SI</p>
<p>Raccomandazione n. 13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR • Rivalutazione dei rischi ambientali • Valutazione dell'aderenza alla procedura rispetto al corretto utilizzo della scheda di Conley 	<ul style="list-style-type: none"> • Corretta compilazione della check-list di rilevazione ambientale su base annua • N. schede di conley compilate al ricovero/ n. delle schede di segnalazione caduta giunte alla U.O.S.V.D. Rischio Clinico 	<p>SI</p>
<p>Raccomandazione n. 14: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</p>	<p>Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR</p>	<p>Realizzazione della revisione della procedura</p>	<p>SI</p>
<p>Raccomandazione n. 15: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del</p>	<p>Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte</p>	<p>Realizzazione della revisione della procedura</p>	<p>SI</p>



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@asibat.it
direzione.generale.asibat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITY & RISK MANAGEMENT"
viale Ippocrate 15 - 76121 Barone
Originale Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@asibat.it

codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	degli operatori tramite SWR		
Raccomandazione n. 16: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Implementazione della procedura a breve termine e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Implementazione della procedura	SI
Raccomandazione n. 17: Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Realizzazione della revisione della procedura	SI
Raccomandazione n. 19: Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Revisione della procedura e verifica dell'aderenza da parte degli operatori tramite SWR	Realizzazione della revisione della procedura	SI



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azioni per Attività 2.2	UOSVD Rischio Clinico	Direttore di Dipartimento e/o Direttore di Unità Operativa coinvolta	Direzione Strategica
Implementazione e aggiornamento delle procedure	R	R	I
Informazione e addestramento del personale coinvolto	C	R	I
Applicazione della procedura	C	R	I
Monitoraggio	R	R	C
Analisi dei dati	R	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

tabella 14 – Attività N. 2.3

ATTIVITÀ 2.3 – Revisione e implementazione delle procedure connesse ai sistemi operativi complessi			
ATTIVITÀ	PIANIFICAZIONE 2024	INDICATORI	STANDARD
SIMES	Valutazione degli eventi avversi attraverso schede di segnalazione	n. segnalazioni/anno	SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione per Attività 2.3	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Direzione Strategica
Esecuzione attività	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.



OBIETTIVO 3: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Tabella 15 – Attività N. 3.1

ATTIVITÀ 3.1 – Implementazione delle modalità di comunicazione trasversale in merito alle ICA			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Interventi mirati al coinvolgimento del gruppo centrale e dei facilitatori nel Comitato del CIO	Riunioni ordinarie e straordinarie con il Comitato del CIO	Studio di prevalenza annuale per ogni P.O. appartenente all'ASL BT	SI
Implementazione sistema di segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza	SORVEGLIANZA ATTIVA/ PASSIVA Implementazione scheda di segnalazione	Tasso di incidenza: n. segnalazioni/ anno	SI
Sistema di monitoraggio ambientale delle aree ad alto rischio: strumenti di feed – back per la condivisione e l'analisi dei risultati	Monitoraggio risultati e individuazione dei fattori correttivi	Risultati di monitoraggio	SI
Lavaggio delle mani	Revisione della procedura e/o moduli annessi	Risultati di monitoraggio	SI

In riferimento alle attività specifiche della suddetta tabella (tabella n. 15 Attività n. 3.1) si allegano i seguenti documenti, quali strumenti operativi da utilizzare: Scheda paziente ICA; Scheda infezione ICA; Studio di prevalenza delle infezioni ospedaliere.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbatt.it
direzione.generale.aslbatt@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E DEL MANAGERIUM"
Via Ipocrate 15 - 76111 Barietta
Direziona Resonabile Bot, Ormato BI, O
Tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbatt.it

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azioni per Attività 3.1	Direttore Sanitario Asl BT	Direzione Medica di Presidio	UOSVD Rischio Clinico
Interventi mirati al coinvolgimento del gruppo centrale e dei facilitatori nel Comitato del CIO	R	C	C
Implementazione sistema di segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza	I	R	I
Sistema di monitoraggio ambientale delle aree ad alto rischio: strumenti di feed – back per la condivisione e l'analisi dei risultati	I	R	I
Lavaggio delle mani	I	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Formaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbt.it
direzione.generale.aslbt@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E RSC MANAGEMENT"
Via Formaci 23 - 76123 Andria
Diligente Responsabile Dott. Donato Sivo
tel. 0883.299.444
donato.sivo@aslbt.it

OBIETTIVO 4: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DI SICUREZZA (PAZIENTE, OPERATORE E STRUTTURE)

Tabella 16 – Attività N. 4.1

ATTIVITÀ 4.1 – Qualità e appropriatezza della documentazione clinica			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Azioni di miglioramento per la qualità percepita da pazienti e operatori: cartellonistica affissa in ogni UU.OO. utile al riconoscimento e/o utilizzo delle Raccomandazioni Ministeriali implementate in Azienda	Progressiva individuazione e digitalizzazione delle azioni e dei processi	Verificare se ci sono state implementazioni, quali, quando e se gli operatori sanitari ne sono a conoscenza attraverso un feedback con l'utilizzo del QR code	SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione per Attività 4.1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Direzione Strategica
Esecuzione attività	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.



Tabella 17 – Attività N. 4.2

ATTIVITÀ 4.2 – Valorizzare la qualità della comunicazione nell'organizzazione della nostra ASL			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Definizione di strumenti di comunicazione al paziente	Revisione e integrazione della Carta dei Servizi e del sito web	<ul style="list-style-type: none"> • Carta dei Servizi con aggiornamento costante dei link specifici e sito web • Questionario di gradimento accessibile tramite QR code presenti all'interno delle UU.OO. della ASL o tramite sito ufficiale della ASL al seguente link: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/esprimi-il-tuo-gradimento 	SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione per Attività 4.2	U.O.S.V.D. Formazione	U.O.S.V.D. Rischio Clinico
Esecuzione attività	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.


OBIETTIVO 5: PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT
Tabella 18 – Attività N. 5.1

ATTIVITÀ 5.1 – Adempimenti LEA			
Attività	Pianificazione 2024	INDICATORI	STANDARD
Revisione delle Raccomandazioni Ministeriali via web	Questionario annuale piattaforma AgeNas	Compilazione Questionario annuale	SI
Partecipazione al SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità	<ul style="list-style-type: none"> La segnalazione degli eventi sentinella effettuata tramite la scheda (parte A e parte B) La segnalazione delle richieste risarcimenti danni 	Attivazione e inserimento informatico anche degli eventi sentinella con registrazione al flusso informativo NSIS – SIMES	SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione per Attività 5.1	U.O.S.V.D. Rischio Clinico	Direzione Strategica
Esecuzione attività	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

FORMAZIONE

I corsi di formazione trasversali sono rivolti a tutto il personale in servizio, sia sanitario che amministrativo, e hanno lo scopo di affrontare in maniera completa e non settoriale temi di rilevante interesse con l'obiettivo di ottenere una uniformità di informazione e una omogeneizzazione di conoscenza. I corsi di formazione trasversali saranno organizzati in presenza e in modalità FAD a seconda delle necessità e delle potenziali offerte dai sistemi a disposizione.

Nel corso del 2024 saranno organizzati i corsi trasversali obbligatori e non:

- "Sicurezza sui luoghi di lavoro D.Lgs. 81/2008"
- "Addetti antincendio D.Lgs. 81/08"
- "Anticorruzione, trasparenza e codice comportamentale aziendale"
- "Rischio radiologico": il corso sarà organizzato in più edizioni e avrà lo scopo di formare in maniera capillare il personale sanitario sui rischi radiologici;
- "DPO – Data protection Officer – la protezione dei dati in sanità": il corso avrà l'obiettivo di approfondire il tema della protezione dei dati in sanità, di spiegare il ruolo del DPO.
- "La violenza di genere e il Codice Rosa": il corso di formazione sarà organizzato seguendo le linee guida ministeriali con lo scopo di formare correttamente tutte le figure professionali coinvolte
- "La prevenzione e la protezione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari": l'obiettivo del corso è quello di analizzare il fenomeno e trovare soluzioni organizzative in grado di gestire il fenomeno della violenza nei confronti degli operatori
- "Il Codice H in Pronto Soccorso": a partire dall'esperienza sviluppata nel presidio ospedaliero di Bisceglie, sarà sviluppato un progetto aziendale e un corso di formazione dedicato
- "La Comunicazione in Sanità – la gestione dell'Accoglienza": il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di presentare le diverse anime della informazione e della comunicazione in sanità nonché di proporre spazi di confronto per la corretta gestione della comunicazione medico-paziente e del conflitto comunicativo;
- "L'umanizzazione dei percorsi assistenziali": il corso avrà l'obiettivo di analizzare i



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E SFO MANAGEMENT"
Viale Adriatico 13 - 76121 Santeramo
Dipartimento Regionale della Sanità Donato SANO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

percorsi e le dinamiche migliorabili ai fini di una sempre migliore umanizzazione dell'assistenza sanitaria;

- "Benessere organizzativo e stress lavoro-correlato": il corso sarà realizzato in più edizioni e avrà lo scopo di esplicitare come analizzare e migliorare il benessere organizzativo anche attraverso gli strumenti già a disposizione dell'azienda, come per esempio il Cug – Comitato Unico di Garanzia;
- "La medicina narrativa: dalla umanizzazione delle cure al supporto all'attività clinica": l'obiettivo è quello di analizzare i vantaggi dello sviluppo e della implementazione della medicina narrativa in settori diversi di cura
- "La medicina di genere"
- "Screening oncologici": il personale interessato dal potenziamento dello screening oncologico è distribuito sul territorio e in servizi di assistenza diversi. Pertanto il corso sarà organizzato in edizioni diverse e avrà lo scopo di diffondere informazioni sulle finalità e sulle procedure nonché di condividere conoscenze specifiche di settore.
- "Coro – Centro di Orientamento Oncologico: compiti e organizzazione": il corretto funzionamento del Coro, punto focale della rete oncologica regionale, passa attraverso la corretta comprensione del suo ruolo e della sua funzione nella gestione del paziente oncologico.
- "Politiche sanitarie per la famiglia"
- "Il ruolo dei tutor – corso propedeutico": la presenza del Polo Universitario all'interno dell'azienda con due corsi universitari attivi determina la presenza di tirocinanti che vanno guidati e orientati nel loro percorso formativo. Il corso preparerà i tutor ad eseguire correttamente il proprio compito.
- "La Donazione degli Organi e dei tessuti": la formazione è un tassello importante del successo registrato negli ultimi anni in tema di donazione degli organi nella Asl Bt. L'attività di formazione sarà rivolta a un pubblico eterogeneo per consentire la conoscenza di dettaglio sulle attività relative alla donazione che coinvolgono direttamente e indirettamente tanti servizi aziendali, da quelli amministrativi a quelli sanitari

- “Malattie rare: i bisogni, la cura, il follow up”
- “Redazione di articoli scientifici”: Il corso avrà l’obiettivo di presentare tecniche e procedure per la corretta redazione degli articoli scientifici.

Inoltre è stata definita una programmazione specifica per l’anno 2024 in collaborazione con i Dipartimenti della Asl Bt per quanto riguarda i temi specifici di formazione, per i quali, ogni dipartimento ha nominato un proprio referente della formazione che ha avrà il compito di collaborare con la UOSVF Formazione nella fase di organizzazione del lavoro.

Oltre alla formazione concepita dai fabbisogni identificativi e condivisi, nel corso dell’anno è stata continua, ed è tuttora in essere, l’attività di informazione sulle procedure operative tramite riunioni d’equipe, brainstorming e Safety Walk Round in particolare in merito a:

- condivisione delle raccomandazioni standard di prevenzione del rischio;
- precauzioni standard igiene mani;
- gestione materiale infetto;
- igiene e sanificazione degli ambienti;
- gestione percorsi sporco/pulito (Area Medica);
- affissione della cartellonistica informativa ai fini di orientare gli operatori alle good practice.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e dal raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene assicurata la sua diffusione attraverso:

- presentazione del Piano al Collegio di Direzione;
- presentazione del Piano alle Direzioni di P.O. e di Distretto ed ai Direttori di Dipartimento;
- diffusione del Piano a tutti i responsabili di UU.OO. ed ai Coordinatori Infermieristici attraverso incontri specifici e mail;
- iniziative di diffusione del Piano a tutti gli operatori;
- pubblicazione sul sito Aziendale.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Formaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.399.111
direziona.generale@aslbat.it
direziona.generale.aslbat@pec.regione.puglia.it

UNITÀ DI "RISCHIO CLINICO" ALL'INTERNO DELL'ASL BT
Via Leporello 18 - 76121 Barletta
Organico Responsabile Unità Donato Sivo
tel. 0883.399.111
donato.sivo@aslbat.it

notifica che si basa sull'attesa dell'evento e sulla ricezione del dato dà origine a una forma di sorveglianza cosiddetta "passiva".

Per le infezioni correlate all'assistenza (ICA), anche in ragione della mancata implementazione del flusso informativo nell'ambito del sistema di sorveglianza delle malattie infettive, la sorveglianza si deve basare sulla ricerca attiva di determinati eventi rispondenti alla definizione di caso nei reparti di degenza e nella conseguente segnalazione da parte di personale specializzato nel controllo delle infezioni.

I determinanti della prevalenza di ICA sono molteplici:

- introduzione di nuove tecnologie sanitarie e conseguente uso prolungato di dispositivi medici invasivi, che consentono la sopravvivenza dei pazienti immunocompromessi;
- incremento degli interventi chirurgici complessi, con ingresso dei patogeni in siti corporei normalmente sterili;
- indebolimento del sistema immunitario per terapie immunosoppressive o patologie concomitanti, che aumentano la suscettibilità alle infezioni;
- scarsa applicazione di misure igieniche ambientali e personali da parte del personale di assistenza;
- l'impiego scorretto o eccessivo di antimicrobici, con selezione di ceppi antimicrobico-resistenti.

L'azione di gran lunga più efficace nel controllo delle infezioni ospedaliere è, dunque, la sorveglianza mirata, intesa come la raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo e valutazione dell'efficacia delle stesse.

A tale scopo, dal 2011 l'ECDC coordina delle indagini di prevalenza puntuale delle ICA e dell'uso di antimicrobici negli ospedali, con lo scopo di stimare la prevalenza delle ICA e dell'uso di farmaci, descrivere le procedure e le infezioni, diffondere i risultati agli stakeholders.

Protocollo di sorveglianza

L'A.O.U.C. Policlinico di Bari ha avviato, già nel 2021, un nuovo protocollo per le indagini di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza. Il protocollo supera il precedente modello, basato sul *one-day survey* raccomandato dal Center for Diseases Control americano. Il protocollo delle indagini di prevalenza si basa su indagini di prevalenza periodale retrospettive sviluppate su un periodo di tempo maggiore (una settimana di osservazione) e focalizzate sui punti chiave dell'assistenza medico-chirurgica (modello *one-week survey*). La scelta di questo modello garantisce una maggiore precisione nel calcolare la prevalenza e di rapportarla alle giornate di ricovero. Inoltre, il modello risulta essere maggiormente conservativo per le strutture caratterizzate da elevato livello di turn-over, come ad esempio le chirurgie che sviluppano elevati volumi di attività in elezione.

Modalità di rilevazione

L'attività di sorveglianza viene svolta in tutte le strutture di degenza dei due plessi dell'Azienda, con una periodicità almeno annuale.

Nella sorveglianza sono inclusi i reparti per acuti, i reparti per patologie croniche e lungodegenze e le terapie intensive.

Sono eleggibili tutti i pazienti presenti in reparto nella settimana oggetto di rilevazione, con una permanenza minima di 48h di cui almeno 24h durante la settimana di rilevazione.

L'U.O.C. Igiene Universitaria stila il calendario delle rilevazioni e le singole Unità Operative vengono informate mediante comunicazione ufficiale della Direzione Sanitaria.

Ogni rilevazione è svolta da un team formato e costituito da medici e assistenti sanitari

Nel giorno stabilito per la rilevazione, il personale preposto alla ricognizione dovrà procedere alle seguenti attività:

- acquisizione dell'elenco dei pazienti degenti nel periodo di rilevazione stabilito;
- acquisizione delle cartelle cliniche;
- valutazione dei pazienti eligibili alla sorveglianza, sulla base dei tempi di effettiva degenza;



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Formaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.430
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.aslbat.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO ED ALI VERBI DI MASSA VOLUMINATI"
Viale Toccorate 15 - 76121 Sanetta
Dirigente Responsabile dell'Unità SIVO
tel. 0883.477.400
donato.sivo@aslbat.it

- compilazione della Scheda di Raccolta Dati (Allegato 1), viene compilata una scheda per ogni paziente ritenuto eligibile;
- in caso di infezione ospedaliera, compilazione dell'apposita Scheda di Infezione (Allegato 2). La definizione della infezione come ospedaliera o comunitaria tiene conto di alcuni criteri di massima, di seguito elencati.
 1. la sintomatologia è insorta a partire dal giorno 3 di degenza (giorno del ricovero = giorno 1) del ricovero oggetto di analisi oppure il paziente presenta un'infezione anche prima del 3° giorno ma è stato ricoverato nuovamente con un intervallo minore di 48 ore dopo la dimissione da un precedente ricovero in un ospedale per acuti;
 2. il paziente è stato ricoverato (o sviluppa sintomatologia entro 2 giorni dal ricovero) e presenta una infezione che coincide con la definizione di infezione della ferita chirurgica in atto, ossia l'infezione della ferita chirurgica insorge entro 30 giorni dall'operazione (oppure nel caso di un'infezione della ferita chirurgica profonda, di organi, associata ad intervento chirurgico con inserzione di protesi, che si instaura entro 90 giorni dall'operazione) ed il paziente presenta sia sintomi che coincidono con la definizione di infezione e/o è in trattamento antibiotico per quella infezione;
 3. il paziente è stato ricoverato (oppure sviluppa sintomatologia entro due giorni) con una infezione da *C. difficile* essendo stato dimesso da meno di 28 giorni da un ospedale per acuti;
 4. insorgenza di sintomi di infezione al giorno 1 o 2 in neonati;
 5. un dispositivo invasivo è stato posizionato il giorno 1 o il giorno 2 di ricovero con insorgenza di una ICA prima del giorno 3;

Le schede compilate vengono inserite in un database online costruito con applicativo *Google Form*.



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.730
direzione.generale@aslbat.it
amministrazione.aslbat@puglia.puglia.it

L.O.S.A.D. "RISCHIO CLINICO OCULISTICO E BLD/MANAGGIEMEN.T"
Viale Ippocrate 15 - 76121 Barietta
Dirigente Responsabile dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.479
donato.sivo@aslbat.it

Reportistica e audit

Al termine della rilevazione, lo stesso personale incaricato procede alle seguenti attività:

- Analisi dei dati raccolti e interpretazione dei risultati;
- Stesura di un Report settimanale per ciascuna U.O. che deve includere: descrizione dell'indagine e dei sopralluoghi effettuati; fonte dei dati; numero di pazienti ricoverati nel periodo di rilevazione; numero di pazienti arruolati; numero totale di giorni/paziente di degenza; modalità di ricovero e dimissione; presenza di cateterismi e accessi venosi; numero di pazienti sottoposti a procedure invasive e chirurgiche durante il periodo di rilevazione; numero di pazienti che presentano ferita chirurgica; numero di pazienti sottoposti a terapia immunosoppressiva durante il periodo di rilevazione; numero di pazienti sottoposti a terapia antimicrobica empirica, peri-interventistica, profilassi medica e terapia dopo antibiogramma e distribuzione per ciascun antibiotico con relativi giorni di terapia totali nel periodo di rilevazione; verifica ottemperanza procedura screening per la ricerca di organismi resistenti ai carbapenemi (come da procedura aziendale); prevalenza grezza e per giornate di degenza/paziente di ICA; confronto con le rilevazioni precedenti effettuate nella stessa U.O.; descrizione dei singoli casi di ICA rilevate;
- Trasmissione del Report alla Direzione Sanitaria e al Direttore della U.O. interessata

Vengono svolti inoltre periodici audit del gruppo di sorveglianza delle infezioni ospedaliere con il direttore e l'incaricato di funzione di ogni singola struttura, per discutere i dati dell'attività di sorveglianza.

Indagine di Prevalenza Infezioni Ospedaliere U.O.C. _____

Scheda Rilevazione Paziente

Periodo di rilevazione: _____

1. Compilatore _____
2. Data di Compilazione ____/____/____

U.O.C. DI RICOVERO:

ANAGRAFICA PAZIENTE

3. Cognome _____
4. Nome _____
5. Data di Nascita ____/____/____
6. Sesso M F
7. Codice Fiscale _____

DATI RELATIVI AL RICOVERO

8. Data di Ammissione in Reparto ____/____/____

9. Data di Dimissione dal Reparto ____/____/____

10. Precedenti U.O. di Ricovero (da compilarsi in caso di trasferimento durante lo stesso ricovero)

U.O. di Ricovero	Data di Ammissione	Data di Trasferimento

11. Diagnosi di Ammissione in Ospedale

- Malattie Infettive e Parassitarie
- Tumori
- Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo
- Malattie del sangue e degli organi ematopoietici
- Disturbi psichici
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso
- Malattie dell'Apparato Cardiocircolatorio
- Malattie dell'Apparato Respiratorio
- Malattie dell'Apparato Digerente
- Malattie dell'Apparato Genitale
- Malattie dell'Apparato Urinario
- Gravidanza, Parto, Puerperio
- Malattia della pelle e del tessuto sottocutaneo
- Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- Malformazioni Congenite
- Accidenti, Avvelenamenti e Traumatismi
- Altro

12. Diagnosi di ammissione: _____



DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
dirazione.generale@aslbat.it
dirazione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

B.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO/QUALITÀ E SIDI MANAGEMENT"
Viale Immacolata 15 - 76121 Barrolo
Dirigente Responsabile dott. Donato Sivo
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

13. Modalità di Ammissione in Ospedale

- Urgenza
Programmata
Trasferimento da altro Ospedale o altra Struttura Socio-sanitaria

14. Modalità di Dimissione dal Reparto

- Dimissione Volontaria contro la volontà dei Sanitari
Dimissione Ordinaria
Dimissione Protetta
Decesso
Altro

FATTORI DI RISCHIO PER ICA

15. Presenza di Catetere Urinario durante la rilevazione

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- No
A Circuito Chiuso
A Circuito Aperto

16. Data di Inserimento del Catetere Urinario

17. Rimozione del Catetere Urinario

18. Presenza di Catetere Intravascolare durante la rilevazione

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- No
Cat. Arterioso da a
Cat. Venoso Centrale (CVC) da a
Cat. Cent. Acc. Perif. (PICC) da a
Agocannula da a
Midline da a
Mini Midline da a

19. Ferita Chirurgica

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna | |
| <input type="checkbox"/> Accidentale | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgica, pulita | <input type="checkbox"/> Chirurgica, contaminata |
| <input type="checkbox"/> Chirurgica, pulita contaminata | <input type="checkbox"/> Chirurgica, sporca |

20. Procedure Invasive

- Nessuna
- Gastrosopia con Biopsia ____/____/____
- Gastrosopia senza Biopsia ____/____/____
- Colonscopia con Biopsia ____/____/____
- Colonscopia senza Biopsia ____/____/____
- ERCP ____/____/____
- Cistoscopia con Biopsia ____/____/____
- Cistoscopia senza Biopsia ____/____/____
- Isteroscopia ____/____/____
- Altra Endoscopia, Dilatazione ____/____/____
- Puntura Lombare ____/____/____
- Puntura Sternale ____/____/____
- Toracentesi ____/____/____
- Cateterismo (escl. Urinario e Intravascolare) ____/____/____
- Drenaggio ____/____/____
- Biopsia senza Endoscopia ____/____/____
- Fistola Arterovenosa ____/____/____
- Procedure di Emodinamica ____/____/____
- Altra Procedura Invasiva _____

21. Stomie

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- Nessuna
- Gastrostomia
- Enterostomia
- Altra Stomia

22. Terapia Immunosoppressiva.

Registrare se effettuata nei sei mesi precedenti la rilevazione o durante i giorni di rilevazione

- Corticosteroide _____ Dosaggio _____
Inizio Terapia ____/____/_____
Fine Terapia ____/____/_____
- Immunosoppressore 1 _____ Dosaggio _____
Inizio Terapia ____/____/_____
Fine Terapia ____/____/_____
- Immunosoppressore 2 _____ Dosaggio _____
Inizio Terapia ____/____/_____
Fine Terapia ____/____/_____
- Immunosoppressore 3 _____ Dosaggio _____
Inizio Terapia ____/____/_____
Fine Terapia ____/____/_____

23. Il paziente si trova in uno stato di immunosoppressione? SI NO

24. Ventilazione Assistita Invasiva

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- No
 Intubazione Oro-Tracheale
 Intubazione Naso-Tracheale
 Ventilazione con Tracheostomia

25. Data di Avvio Ventilazione Assistita ____/____/_____

26. Svezamento da Ventilazione Assistita No Si ____/____/_____

27. Lesioni dei Tegumenti

Registrare se presente durante almeno uno dei giorni di rilevazione

- No
 Ustioni
 Piaghe da Decubito
 Ulcere Diabetiche
 Altre Ulcere Vascolari

VERIFICA TAMPONE RETTALE CRO IN INGRESSO

**PROCEDURA OPERATIVA CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ORGANISMI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRO),
Rev. 03 del 30/01/2024
– CIRCOLARE DS n. 15/2024**

28. Per il paziente è stato compilato l'allegato n. 2 "Classificazione del Rischio Individuale di CRO"?

- Sì
 No

29. Se sì, il paziente è risultato a rischio e quindi eleggibile allo screening per CRO?

- Sì
 No

30. Se eleggibile, il paziente ha eseguito il tampone rettale di screening? ____/____/____

- Accertamento non effettuato
 Accertamento effettuato, positivo
 Accertamento effettuato, negativo
 Accertamento effettuato, referto non disponibile

31. Se l'accertamento è positivo, nella cartella clinica è stata annotata l'adozione delle misure di isolamento spaziale o funzionale?

- Sì
 No

INTERVENTO CHIRURGICO

32. Data dell'Intervento Chirurgico ____/____/____

33. Tipo di Procedura Chirurgica

- Cardiochirurgia
- Chirurgia Addominale
- Chirurgia Mammaria
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Urologica
- Chirurgia Vascolare
- Neurochirurgia
- Oculistica
- Chirurgia Testa-Collo
- Ginecologia e Ostetricia
- Ortopedia
- Altro

34. Definizione delle Procedura Chirurgica

35. Durata dell'Intervento _____ minuti

36. Classe di Severità ASA 1 2 3 4 5

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

37. Motivazione

- Terapia Empirica
- Terapia dopo Antibiogramma

Trattamento

- Profilassi Medica
- Profilassi Chirurgica

Antibiotico

38. Se Profilassi Chirurgica – Tempo di Somministrazione

- 30-60 minuti prima dell'Intervento
- > 60 minuti prima dell'intervento
- Non eseguita

39. Trattamento Antibiotico

Farmaco	Motivazione	Dosaggio	Data di Inizio	Data di Fine
Amoxicillina				
Amoxicillina + Acido Clavulanico				
Ampicillina				
Ampicillina + Sulbactam				
Carbencillina				
Cloxacillina				
Flucloxacillina				
Meticillina				
Piperacillina				
Piperacillina + Tazobactam				
Ceftriaxone				
Cefazolina				
Cefotetan				
Cefoxitina				
Cefuroxime				
Amikacina				
Gentamicina				
Gentamicina + Metronidazolo				
Neomicina				
Netilmicina				
Paromomicina				
Tobramicina				
Azitromicina				
Claritromicina				

Farmaco	Motivazione	Dosaggio	Data di Inizio	Data di Fine
Acido Nalidixico				
Acido Oxolinico				
Acido Pipemidico				
Nitrofurantoina				
Ciprofloxacina				
Norfloxacina				
Ofloxacina				
Trimetoprim Sulfametoxazolo				
Clindamicina				
Cloramfenicolo				
Tiamfenicolo				
Colistina				
Imipenem				
Meropenem				
Ertapenem				
Linezolid				
Metronidazolo				
Teicoplanina				
Vancomicina				
Daptomicina				
Tetraciclina				
Tigeciclina				
Etambutolo				
Isoniazide				
Pirazinamide				
Rifampicina				
Amfotericina B				
Anidulafungina				
Micafungina				
Griseofulvina				
Miconazolo				
Nistatina				
Fluconazolo				
Voriconazolo				
Altro:				
Altro:				

40. È stata rilevata un'Infezione?

- No
 Sì

**SE NO, LA SCHEDA È TERMINATA;
SE SÌ, COMPILARE LA SCHEDA INFEZIONE.**



INFEZIONE 1

1. Tipo dell'Infezione 1

- Ospedaliera
- Comunitaria

2. Localizzazione dell'Infezione 1

- Infezione dell'Apparato Genito-Urinario _____
- Sepsi
- Infezione del Torrente Circolatorio / Batteriemia
- Infezione Cardiovascolare _____
- Infezione dell'Apparato Gastrointestinale _____
- Infezione dell'Apparato Respiratorio _____
- Infezione della Cute e del sottocutaneo _____
- Infezione dell'Orecchio _____
- Infezione dell'Occhio _____
- Infezione _____ del _____ Sistema _____ Nervoso
- Infezione Muscoloscheletrica _____
- Altro _____

3. Data di Insorgenza Sintomi 1 ___/___/_____

4. Effettuazione dell'Accertamento Microbiologico 1

- Accertamento non effettuato
- Accertamento effettuato, positivo
- Accertamento effettuato, non diagnostico
- Accertamento effettuato, referto non disponibile

5. Tipologia dell'Accertamento Microbiologico 1/___/_____

- Esame Microscopico/Colturale
- Accertamento Molecolare
- Accertamento Sierologico

6. È stata eseguita consulenza infettivologica 1? Sì No



7. Microrganismo Isolato 1

		ESBL - R Cefalosporine di III Gen	R Carbapenemi	Altra R Rilevata
GRAM-	Escherichia coli			
	Klebsiella pneumoniae			
	Pseudomonas aeruginosa			
	Acinetobacter spp.			

		R Oxacillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Staphylococcus aureus			

		R Ampicillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Enterococcus faecalis			
	Enterococcus faecium			

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus pneumoniae	
	Clostridium difficile	
	Candida - R Fluconazolo	
	Xenotrophomonas maltophilia	

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus faecalis	
	Streptococcus gruppo A	
	Streptococcus viridans	
	Nocardia asteroides	
	Nocardia spp.	
	Mycobacterium tuberculosis	
	Mycobacterium xenopi	
	Bacillus spp.	
	Corynebacterium spp.	
	Citrobacter spp.	
	Enterobacter	
	Enterobacter cloacae	
	Chlamydiae	
	Rickettsiae	
	Haemophilus influenzae	



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Fornaci 201 - 75123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.asibat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Viale Ippocrate 15 - 75121 Bariata
Dirigente Responsabile dott. Donato Sivo
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

Legionella bozemanii	
Legionella pneumophila	
Legionella spp.	
Moraxella spp	
Neisseria spp.	
Neisseria meningitidis	
Proteus spp.	
Pseudomonas caepacia	
Pseudomonas paucimobilis	
Salmonella spp.	
Serratia marcescens	
Shigella spp.	
Bacteroides spp.	
Candida albicans	
Candida glabrata	
Candida parapsilosis	
Candida spp.	
Candida tropicalis	
Clostridium spp.	
Aspergillus	
Fusarium	
Zygomycetes	
Rhizopus indicus	
Mucoraceae rhizopus	
Scedosporium prolificans	
Cladosporium	
Cryptococcus spp.	
Sporothrix cyanescens	
Penicillium spp.	
Stachybotrys atra	
Acremonium kiliense	
SARS-CoV-2	
Altro: _____	





INFEZIONE 2

8. Tipo dell'Infezione 2

- Ospedaliera
- Comunitaria

9. Localizzazione dell'Infezione 2

- Infezione dell'Apparato Genito-Urinario _____
- Sepsi
- Infezione del Torrente Circolatorio / Batteriemia
- Infezione Cardiovascolare _____
- Infezione dell'Apparato Gastrointestinale _____
- Infezione dell'Apparato Respiratorio _____
- Infezione della Cute e del sottocutaneo _____
- Infezione dell'Orecchio _____
- Infezione dell'Occhio _____
- Infezione del Sistema Nervoso _____
- Infezione Muscoloscheletrica _____
- Altro _____

10. Data di Insorgenza Sintomi 2 ___/___/_____

11. Effettuazione dell'Accertamento Microbiologico 2

- Accertamento non effettuato
- Accertamento effettuato, positivo
- Accertamento effettuato, non diagnostico
- Accertamento effettuato, referto non disponibile

12. Tipologia dell'Accertamento Microbiologico 2 / ___/_____

- Esame Microscopico/Culturale
- Accertamento Molecolare
- Accertamento Sierologico

13. È stata eseguita consulenza infettivologica 2? Sì No

14. Microrganismo Isolato 2

		ESBL - R Cefalosporine di III Gen	R Carbapenemi	Altra R Rilevata
GRAM-	Escherichia coli			
	Klebsiella pneumoniae			
	Pseudomonas aeruginosa			
	Acinetobacter spp.			

		R Oxacillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Staphylococcus aureus			

		R Ampicillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Enterococcus faecalis			
	Enterococcus faecium			

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus pneumoniae	
	Clostridium difficile	
	Candida - R Fluconazolo	
	Xenotrophomonas maltophilia	

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus faecalis	
	Streptococcus gruppo A	
	Streptococcus viridans	
	Nocardia asteroides	
	Nocardia spp.	
	Mycobacterium tuberculosis	
	Mycobacterium xenopi	
	Bacillus spp.	
	Corynebacterium spp.	
	Citrobacter spp.	
	Enterobacter	
	Enterobacter cloacae	
	Chlamydiae	
	Rickettsiae	
	Haemophilus influenzae	



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Farmaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.N.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
Viale Ippocrate, 15 - 76121 Barletta
Dirigente Responsabile Dott. Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

Legionella bozemanii	
Legionella pneumophila	
Legionella spp.	
Moraxella spp	
Neisseria spp.	
Neisseria meningitidis	
Proteus spp.	
Pseudomonas caepacia	
Pseudomonas paucimobilis	
Salmonella spp.	
Serratia marcescens	
Shigella spp.	
Bacteroides spp.	
Candida albicans	
Candida glabrata	
Candida parapsilosis	
Candida spp.	
Candida tropicalis	
Clostridium spp.	
Aspergillus	
Fusarium	
Zygomycetes	
Rhizopus indicus	
Mucoraceae rhizopus	
Scedosporium prolificans	
Cladosporium	
Cryptococcus spp.	
Sporothrix cyanescens	
Penicillium spp.	
Stachybotrys atra	
Acremonium kiliense	
SARS-CoV-2	
Altro: _____	



INFEZIONE 3

15. Tipo dell'Infezione 3

- Ospedaliera
- Comunitaria

16. Localizzazione dell'Infezione 2

- Infezione dell'Apparato Genito-Urinario _____
 - Sepsi _____
 - Infezione del Torrente Circolatorio / Batteriemia _____
 - Infezione Cardiovascolare _____
 - Infezione dell'Apparato Gastrointestinale _____
 - Infezione dell'Apparato Respiratorio _____
 - Infezione della Cute e del sottocutaneo _____
 - Infezione dell'Orecchio _____
 - Infezione dell'Occhio _____
- | | | | | |
|--------------------------|-----------|-----|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Infezione | del | Sistema | Nervoso |
|--------------------------|-----------|-----|---------|---------|
-
- Infezione Muscoloscheletrica _____
 - Altro _____

17. Data di Insorgenza Sintomi 3 ___/___/_____

18. Effettuazione dell'Accertamento Microbiologico 3

- Accertamento non effettuato
- Accertamento effettuato, positivo
- Accertamento effettuato, non diagnostico
- Accertamento effettuato, referto non disponibile

19. Tipologia dell'Accertamento Microbiologico 3 / ___/ _____

- Esame Microscopico/Culturale
- Accertamento Molecolare
- Accertamento Sierologico

20. È stata eseguita consulenza infettivologica 3? Sì No

21. Microrganismo Isolato 3

		ESBL - R Cefalosporine di III Gen	R Carbapenemi	Altra R Rilevata
GRAM-	Escherichia coli			
	Klebsiella pneumoniae			
	Pseudomonas aeruginosa			
	Acinetobacter spp.			

		R Oxacillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Staphylococcus aureus			

		R Ampicillina	R Vancomicina	Altra Resistenza Rilevata
	Enterococcus faecalis			
	Enterococcus faecium			

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus pneumoniae	
	Clostridium difficile	
	Candida - R Fluconazolo	
	Xenotrophomonas maltophilia	

		Resistenze Rilevate
	Streptococcus faecalis	
	Streptococcus gruppo A	
	Streptococcus viridans	
	Nocardia asteroides	
	Nocardia spp.	
	Mycobacterium tuberculosis	
	Mycobacterium xenopi	
	Bacillus spp.	
	Corynebacterium spp.	
	Citrobacter spp.	
	Enterobacter	
	Enterobacter cloacae	
	Chlamydiae	
	Rickettsiae	
	Haemophilus influenzae	
	Legionella bozemanii	



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE
Via Formaci 201- 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.S.V.D. "RISCHIO CLINICO QUALITÀ E BED MANAGEMENT"
viale Ippocrate 15 - 76121 Andria
Dirigente Responsabile dott.Donato SIVO
tel. 0883.299.750
donato.sivo@aslbat.it

Legionella pneumophila	
Legionella spp.	
Moraxella spp	
Neisseria spp.	
Neisseria meningitidis	
Proteus spp.	
Pseudomonas caepacia	
Pseudomonas paucimobilis	
Salmonella spp.	
Serratia marcescens	
Shigella spp.	
Bacteroides spp.	
Candida albicans	
Candida glabrata	
Candida parapsilosis	
Candida spp.	
Candida tropicalis	
Clostridium spp.	
Aspergillus	
Fusarium	
Zygomycetes	
Rhizopus indicus	
Mucoraceae rhizopus	
Scedosporium prolificans	
Cladosporium	
Cryptococcus spp.	
Sporothrix cyanescens	
Penicillium spp.	
Stachybotrys atra	
Acremonium kiliense	
SARS-CoV-2	
Altro: _____	