



Ospedale
Evangelico
Betania

fondazione evangelica betania

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

PIANO ANNUALE CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)

PIANO ANNUALE DI FORMAZIONE (PAF)

2024

PREPARATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott.ssa M.A. Stingone	Direttore UOC Rischio Clinico/Qualità/Formazione	18/03	

CONDIVISO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. A. Cecere	Direttore Sanitario	18/3/24	

APPROVATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. V. Bottino	Direttore Generale	18/3/24	

Il presente documento è elaborato secondo le linee di indirizzo della Regione Campania (DD. N. 99 del 16/12/2022) ed in conformità agli obblighi normativi della legge 24/2017 articolo 2, comma 5

SOMMARIO

Politica e obiettivi per la sicurezza e la qualità delle cure dell'Ospedale Evangelico Betania	4
premessa	5
Contesto organizzativo	6
relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	8
Analisi degli eventi avversi	8
Gli eventi sentinella	11
Analisi cadute	13
Sinistrosità e risarcimenti	14
PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023	16
Azioni reattive	16
Azioni proattive	17
Elenco documenti di governo clinico per la sicurezza prodotti ed emessi dalla UOC rischio clinico	18
Raggiungimento Obiettivi PARM 2023	19
Obiettivi Regione Campania	19
Obiettivo 1: diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio	19
Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi	19
Obiettivo 3: attività del Team rischio clinico	19
Obiettivi aziendali	20
Obiettivo 4: miglioramento del processo d'inserimento del neoassunto	20
Obiettivo 5: miglioramento del macro-processo di comunicazione del dipartimento di medicina	20
Obiettivo 6: miglioramento dei processi di sicurezza del blocco operatorio (obiettivo biennale)	20
ATTIVITA' FORMATIVA 2023	21
Titolo del corso	21
Prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	22
Report 2023	22
Dati della sorveglianza	22
Tassi di positività da colture	23
La sorveglianza attiva da CPE- MRSA	30
PARM 2024	32
Premessa e obiettivi generali	32
Obiettivi Regione Campania	33
Obiettivo 1 : diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio	33
Obiettivo 2 : Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi	33
Obiettivo 3 : attività del Team rischio clinico	33
Obiettivi specifici aziendali	34
Obiettivo 4: miglioramento del processo d'inserimento del neoassunto	34
Obiettivo 5: miglioramento dei processi di comunicazione	34
Obiettivo 6: miglioramento dei processi di sicurezza del blocco operatorio	35

Obiettivo 6: aumentare il livello di sicurezza nell'uso del sangue ed emoderivati	35
PAICA 2024	36
Obiettivo 7: Sorveglianza attiva SSI	36
Obiettivo 8: sorveglianza MRSA	36
Obiettivo 9: Revisione procedure di sanificazione/disinfezione/sterilizzazione	36
Matrice delle responsabilità	37
Piano ATTIVITÀ FORMATIVA 2024	38
Progetto 1: corso di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce	38
Progetto 2: la gestione del sistema rischio clinico integrato	38
Progetto 3: il triage di pronto soccorso. (completamento del progetto)	38
Progetto 4: temi di aggiornamento sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	38
Progetto 5: corso di formazione/informazione obbligatorio ai sensi dell'art. 110 e 111 del d.lgs 101/2020 e smi in materia di radioprotezione	39

Politica e obiettivi per la sicurezza e la qualità delle cure dell'Ospedale Evangelico Betania

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la Direzione Generale dell'Ospedale Evangelico Betania nel miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base della politica aziendale sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate ai risultati: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno che la Direzione dell'Ospedale Evangelico Betania assume nei confronti del contesto esterno ed interno è la gestione dei fattori politici, demografici, economici, strutturali e tecnologici riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria pubblica o privata deve avere nella propria mission.

Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali da pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e sulla metodologia sul "Risk-based thinking". Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest'obiettivo.

Il sistema di gestione del rischio clinico e della qualità, si basano saldamente sulla continuità operativa al fine di ottenere i seguenti benefici:

- Migliore comprensione del contesto attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità;
- Maggiore resilienza organizzativa ovvero capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la collaborazione tra i team;
- Approccio coerente in tutta l'organizzazione;
- Riduzione dei costi e minore impatto sulle prestazioni aziendali in caso di impedimenti di vario tipo;
- Dimostrazione dell'impegno nei confronti di stakeholder come clienti, fornitori e regolatori, riguardo la disposizione di sistemi e processi validi per la continuità operativa;
- Benefici derivanti da una riduzione dei risarcimenti

PREMESSA

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza) e PAF (piano annuale della formazione).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi del DD 99 della Regione Campania e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano prevenzione cadute regionale.

La Gestione del Rischio Sanitario, parte fondamentale del buon Governo Clinico, è definita come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati *standard* di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

Il piano aziendale di Risk management rappresenta l'atto istituzionale attraverso il quale le aziende sanitarie, esplicitando il proprio impegno nella gestione del rischio clinico, si impegnano a sviluppare e mantenere politiche proattive e reattive per il controllo del rischio sanitario.

Il Ministero della Salute ha posto come cardine strategico, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità delle cure, la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" ha prescritto le seguenti raccomandazioni:

- ▷ individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- ▷ l'elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- ▷ promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- ▷ promuovere la segnalazione dei near miss;
- ▷ sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- ▷ monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- ▷ definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- ▷ favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La regione Campania con DD. N. 99 del 16/12/2022 ha approvato le linee d'indirizzo per l'elaborazione del PARM dando indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e non , e gli Ospedali classificati di elaborare il Piano annuale di Risk Management trasmetterlo in Regione e pubblicarlo sul sito aziendale .

Il piano deve essere elaborato anche in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge 24 del 2017, norma che mette in primo piano la sicurezza delle cure, ritenendola parte costitutiva del diritto alla salute elemento imprescindibile dell'attività di tutti gli operatori. Tale normativa valorizza gli strumenti impiegati nell'ambito del Clinical Risk Management, perseguendo l'obiettivo di ridurre gli eventi potenzialmente lesivi e comunque, di gestirli al meglio quando avvengono, avendo anche un effetto indiretto sul contenimento del contenzioso. Tutte le azioni necessarie per le attività di gestione del rischio clinico devono essere accompagnate da un' incisiva attività di programmazione, di analisi e di misure messe in atto, che devono essere proprio di ogni struttura sanitaria.

L' **Ospedale Evangelico Betania** già dal 2019 ha recepito le indicazioni ministeriali e normative implementando un modello organizzativo completamente rispondente alle indicazioni; il PARM già

regolarmente elaborato e inviato in Regione Campania anche in assenza di obbligo, rappresenta ormai da 4 anni il documento guida e di rendicontazione delle attività del rischio clinico.

Contesto organizzativo

OSPEDALE EVANGELICO BETANIA	
DATI STRUTTURALI	
Posti letto ordinari totali	140
Posti letto ordinati area medica	55
Posti letto ordinari area chirurgica	85
Posti letto diurni	10
Servizi trasfusionali	0
Blocchi operatori	1
Sale operatorie	4
Terapie intensive	2
UTIC	4
Dipartimenti	4

DATI ATTIVITA' AGGREGATI 2023	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	8942
Accessi PS	43298
Branche specialistiche	10
Ricoveri diurni	1860
Neonati o parti	1619
Prestazioni ambulatoriali pubbliche	88.075

DATI DI PRODUZIONE 2023				
	NUMERO R.O.	CASI DH/DS	NUMERO PACC	TOTALE
Cardiologia	346	1		347
Chirurgia Generale	1341	390	382	2113
Chirurgia Senologia	348	11	124	483
Medicina Generale	1337			1337
Epatologia	382	16		398
Medicina Oncologia	26	286		312
Nido, Neonati sani	1247			1247
Oculistica	0	29	1128	1157
Ortopedia e Traumatologia	826	261	551	1638
Ostetricia e Ginecologia	2356	758		3114
Terapia Intensiva, Anestesia e Rianimazione	21			21
Unità coronarica, Unità Intensiva cardiologica	194			194
Patologia Neonatale, Neonatologia	401	108		509
Terapia Intensiva Neonatale	117			117
TOTALE	8942	1860	2185	12987

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La legge 24 del 2017 ha introdotto all'articolo 2, comma 5, lo obbligo di predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Analisi degli eventi avversi

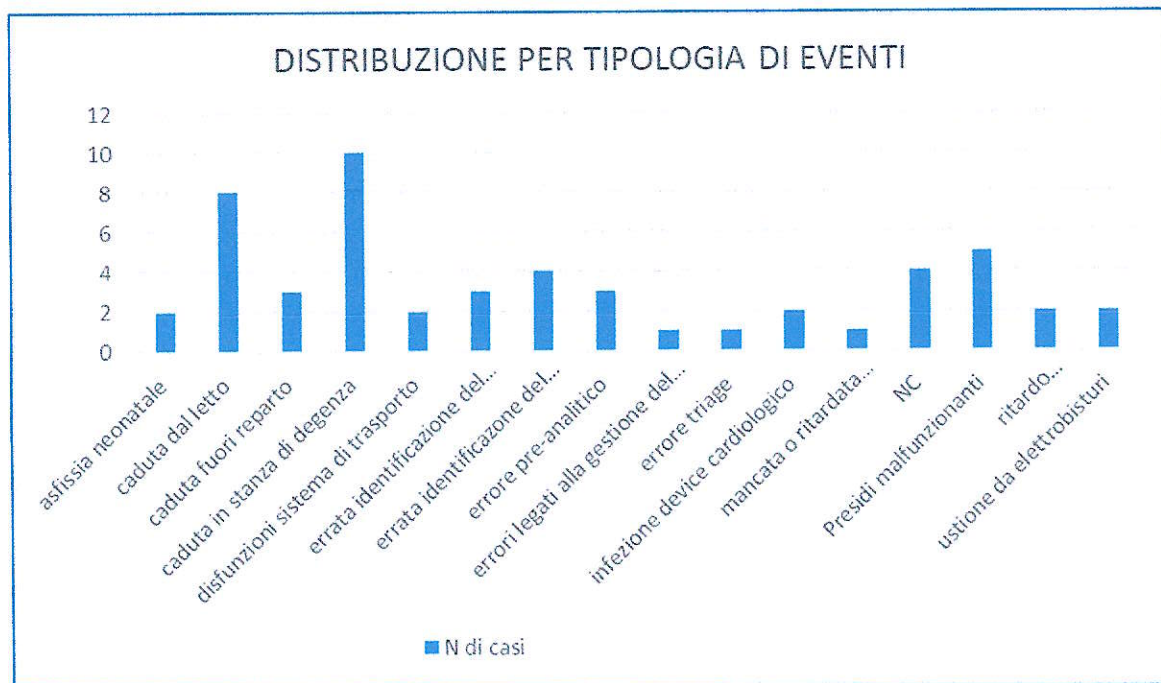
2023

Numero totale incident reporting	73
Numero incident reporting con presa in carico	73
Numero incident reporting senza seguito	12
Numero incident reporting prese in carico con audit	48
Numero incident reporting prese in carico con audit ed RCA	18

Il numero di incidenti reporting si è mantenuto stabile rispetto al 2022 ed indica che il sistema è strutturato e la cultura della segnalazione è penetrata in tutti i settori e tutti i reparti; in questa direzione va anche l'aumento dei near miss che indica una maggiore consapevolezza che il quasi-evento rappresenta la base principale per le attività di miglioramento; durante gli audit e le riunioni è stato enfatizzato il valore delle segnalazioni di eventi non occorsi o intercettati come strumento di valutazione dei rischi e di proiezione di possibili eventi avversi severi .

TIPOLOGIA EVENTI 2023	
ASFISSIA NEONATALE	1
CADUTA DA LETTO	8
CADUTA FUORI REPARTO	3
CADUTA IN BAGNO	7
CADUTA IN STANZA DI DEGENZA	9
DISFUNZIONI SISTEMA DI TRASPORTO	2
ERRATA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	3
ERRATA IDENTIFICAZIONE DI CAMPIONE BIOLOGICO	4
ERRORE PRE-ANALITICO	3
ERRORI LEGATI ALLA GESTIONE DEL SANGUE	1
ES-ASFISSIA NEONATALE	1
ES-ERRORE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE CODICE TRIAGE	1
ES-MORTE O GRAVE DANNO IN SEGUITO A CADUTA	2
ES-OGNI ALTRO EVENTO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	1
INFEZIONE DEVICE CARDIOLOGICO	2
MANCATA O RITARDATA COMUNICAZIONE DIAGNOSI ISTOLOGICA	1
MEF	1
NON CLASSIFICABILE	3
PRESIDI MALFUNZIONANTI	5
RITARDO DIAGNOSTICO	9
RITARDO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO PER MANCANZA DI CONOSCENZA DISPOSITIVI	2
USTIONE DA ELETTROBISTURI	2
Totale complessivo	73

Per il primo anno il sistema di aggregazione degli eventi è stato articolato nelle sottotipologie che hanno consentito analisi più precise e programmare azioni più mirate . Gli eventi più frequenti restano le cadute, dato in linea con il monitoraggio nazionale , tra queste le più frequenti sono state le cadute nelle stanze di degenza che interessano prevalentemente i pazienti deambulanti ma, come vedremo di seguito , in netta prevalenza quella senza alcun esito . L'incidenza delle cadute è fortemente legata al dato epidemiologico che rileva oltre all'invecchiamento della popolazione , la frequente co-morbidità , elementi che incidono notevolmente nell'aumento del rischio che un paziente cada. Di seguito l'analisi delle cadute .

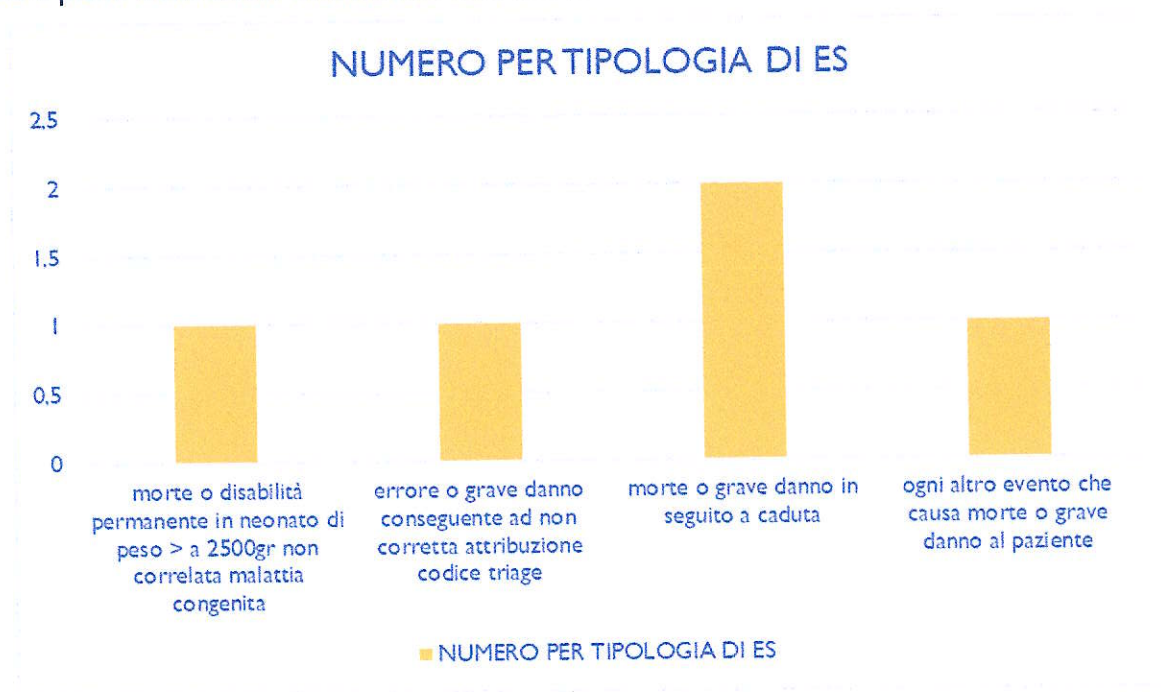


TIPO DI EVENTO	NUMERO	%di cadute per categoria	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI*		AZIONI DI MIGLIORAMENTO		FONTE DEL DATO
EVENTO SENTINELLA	5	40%	Strutturali	20%	Strutturali	10%	Incident reporting
			Tecnologici	10%	Tecnologici	10%	
			Organizzativi	80%	Organizzativi	60%	
			Procedure	80%	Procedure	80%	
EVENTO AVVERSO	51	35%	Strutturali	30%	Strutturali	10%	- Incident reporting - Richieste risarcimento
			Tecnologici	10%	Tecnologici	5%	
			Organizzativi	60%	Organizzativi	40%	
			Procedure	50%	Procedure	70%	
NEAR MISS	18	0%	Strutturali	20%	Strutturali	10%	Incident reporting
			Tecnologici	30%	Tecnologici	10%	
			Organizzativi	60%	Organizzativi	30%	
			Procedure	20%	Procedure	50%	

*le diverse tipologie di fattori e azioni possono essere contemporaneamente presenti

Gli eventi sentinella

Nella tabella sottostante la distribuzione degli eventi sentinella e l'analisi dei fattori come da flusso SIMES e piano delle azioni monitorate dal Ministero



MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES			
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA			
	DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEL TIPO EVENTO SENTINELLA		
TIPO EVENTO	NUMERO	PERCENTUALE	TECNICA DI ANALISI
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	2	40%	Audit
MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE (≥ 37 SETTIMANE) NON CORRELATA A MALATTIE CONGENITE	1	20%	Audit+RCA
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	1	20%	Audit+RCA
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	1	20%	Audit
Totale	5		

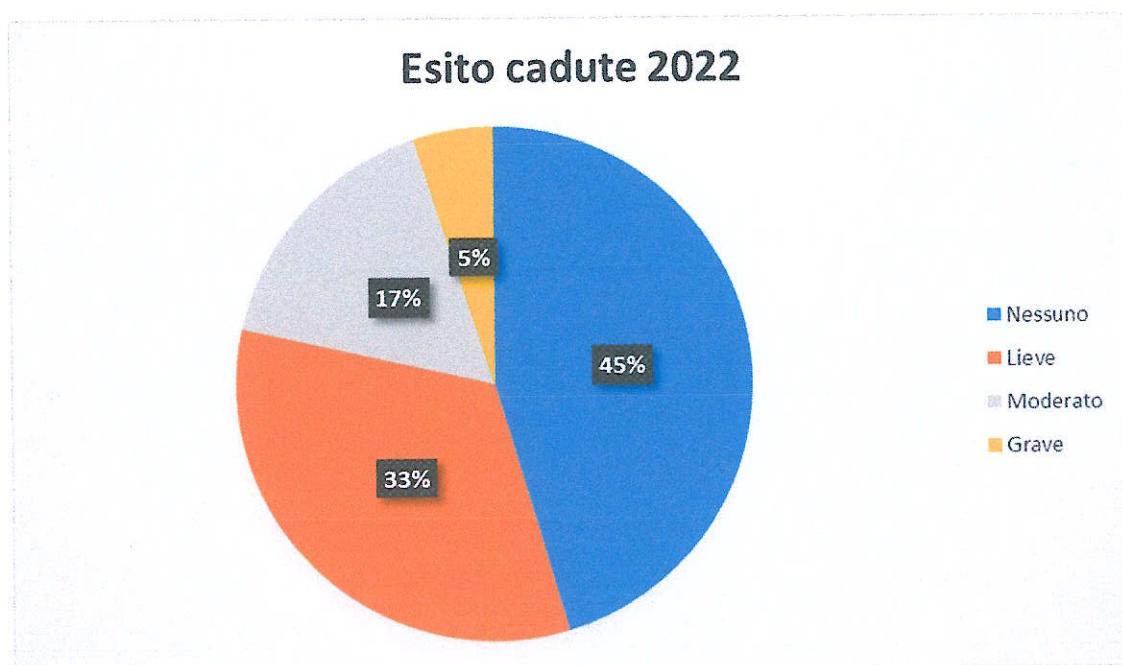
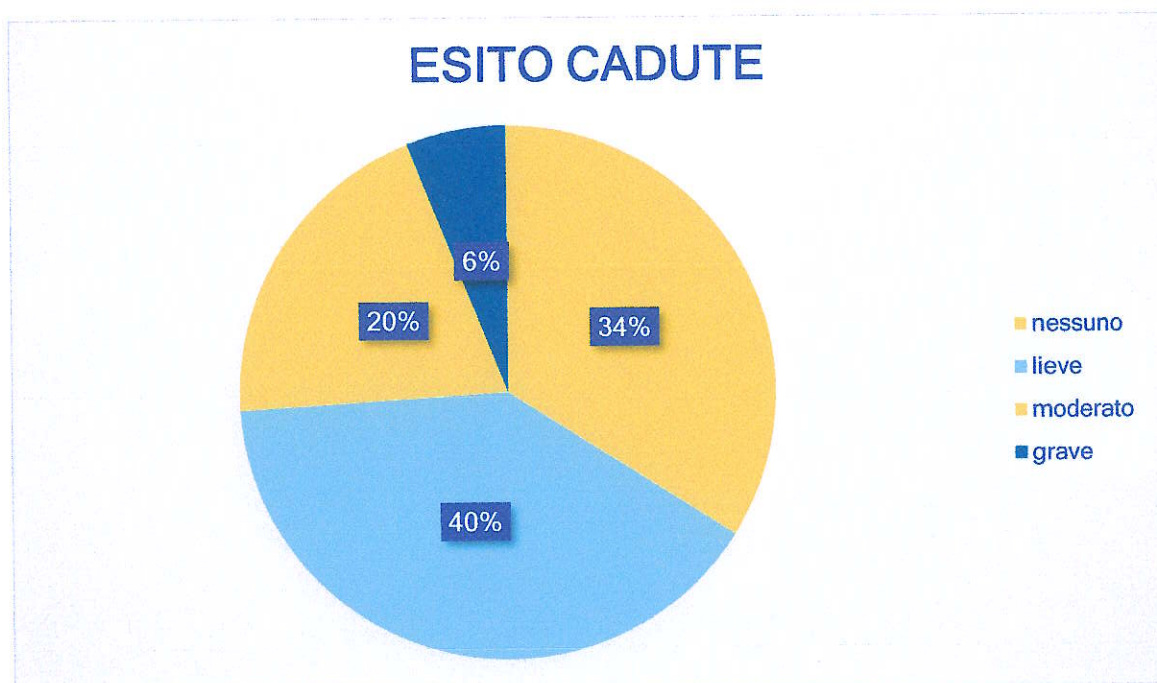
MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA		
	LISTA EVENTI PER SPECIALITA	
SPECIALITA	NUMERO	PERCENTUALE
Medicina	2	40%
Pronto soccorso	2	40%
Ostetricia	1	20%
Totale	5	

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA		
Totale Eventi Sentinella:	5	
Di cui con scheda B:	5	
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	2	40%
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	1	20%
CAUSE E FATTORI UMANI	2	40%
MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA		
Totale Eventi Sentinella:	5	
Di cui con scheda B:		
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
BARRIERE	0	0
DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHIATURE ELETTRONOMICI	1	20%
LINEE-GUIDA, RACCOMANDAZIONI, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI, PROCEDURE	5	100%

PIANO DELLE AZIONI REATTIVE AGLI EVENTI SENTINELLA			
ATTIVITÀ	STATO DI ATTUAZIONE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	Periodicità
MONITORAGGIO DELLO STATO DI LETTURA E COMPRESIONE DELLA REVISIONE PO CADUTE	Attuato	Reporting informatico	Una tantum
INSERIMENTO MODULO SPECIFICO RISCHIO CADUTE NEL PIANO FORMATIVO PER IL RISCHIO CLINICO	Attuato	Revisione del programma /questionario di comprensione	Una tantum
PUBBLICAZIONE AGGIORNAMENTO PROTOCOLLI TRIAGE	In Corso	Pubblicazione	Una tantum
FORMAZIONE TRIAGE NUOVE LINEE GUIDA	Attuato	Certificazione delle competenze	Una tantum
POSIZIONAMENTO ECOGRAFO SALA PARTO	Attuato	Verifica della disponibilità della strumentazione	Una tantum
REVISIONE PROCEDURA OPERATIVA SULLE REGISTRAZIONI OSTETRICHE	Attuato	Pubblicazione del documento / controllo della completezza della documentazione ostetrica	Una tantum
ELABORAZIONE PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA OSTETRICA	Attuato	Pubblicazione del documento / monitoraggio dei tempi d'intervento nell'emergenza ostetrica	Una tantum
FORMAZIONE DEL PERSONALE NEO ASSUNTO SUL RISCHIO CLINICO	Attuato	Verifica della frequenza	Una tantum
STESURA DELLA PO SULLE MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA CONSULENZA PREOOS ALTRA STRUTTURA	In Corso	Stesura del documento	Una tantum
REVISIONE DEL PROTOCOLLO SULLA GESTIONE DELLE REAZIONI ALLERGICHE IN PS	In Corso	Stesura del documento	Una tantum

Analisi cadute

Sono state segnalate 31 cadute di queste, come si evince dal grafico, il 94% ha avuto un esito tra nullo e moderato. Il dato è sovrapponibile a quello del 2022 a fronte di un numero maggiore di segnalazioni (24 nel 22) , pertanto è ragionevole affermare che sono migliorate le condizioni di sicurezza per i pazienti grazie all'aggiornamento del piano cadute aziendale.



Sinistrosità e risarcimenti

La legge 24 del 2017 (art.2 comma 5), prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito Internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. Nel Pars deve essere riportato, per ogni anno dell'ultimo quinquennio, il dato aggregato relativo ai risarcimenti effettivamente erogati, precisando se il predetto dato si riferisce al periodo in cui la struttura è in copertura assicurativa o in auto assicurazione o auto ritenzione

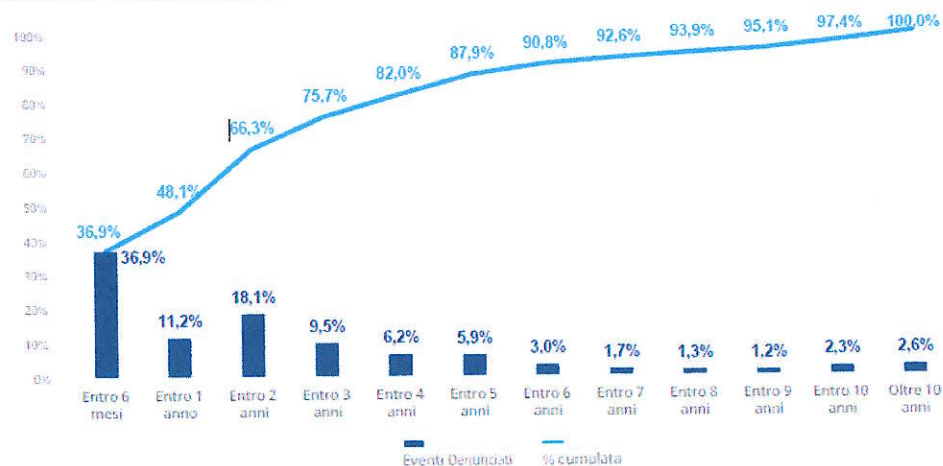
Anno	N. sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2019	36	5	318.702,00
2020	22	4	164.022,00
2021	20	2	75.780,00
2022	31	1	170.000,00
2023	23	11	830.209,46

Anno	N. sinistri occorsi
2019	16
2020	20
2021	17
2022	9
2023	4

Mentre il dato sui risarcimenti erogati non offre un quadro attendibile sull'andamento della sinistrosità, in quanto è un aggregato di sinistri liquidati nell'anno ma occorsi fino a 10 anni prima, il numero degli eventi denuncia registrati indica una tendenza alla riduzione considerando anche quanto suggerito dal Rapporto MedMal 2023 e cioè che il 48.1 % dei sinistri in Italia si apre entro i primi 12 mesi (vedi tabella sottostante)

I tempi calcolati risultano in linea a quanto osservato nella precedente edizione del report, confermando un tempo medio di apertura del sinistro pari a 2,2 anni dal verificarsi del fatto lesivo.

Grafico 2.4 Velocità di denuncia



ANNO	
2019	L'ospedale è in modalità di auto ritenzione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio valutato
2020	L'ospedale è in modalità di auto-ritenzione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio valutato
2021	L'ospedale è in modalità di auto-ritenzione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio valutato
2022	L'ospedale è in modalità di auto-ritenzione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio valutato
2023	L'ospedale è in modalità di auto-ritenzione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio valutato

PIANO DI MIGLIORAMENTO SVILUPPATO NEL 2023

Il piano di miglioramento si compone delle azioni reattive e proattive realizzate durante l'anno con l'obiettivo di ridurre la rischiosità dell'azienda.

Azioni reattive

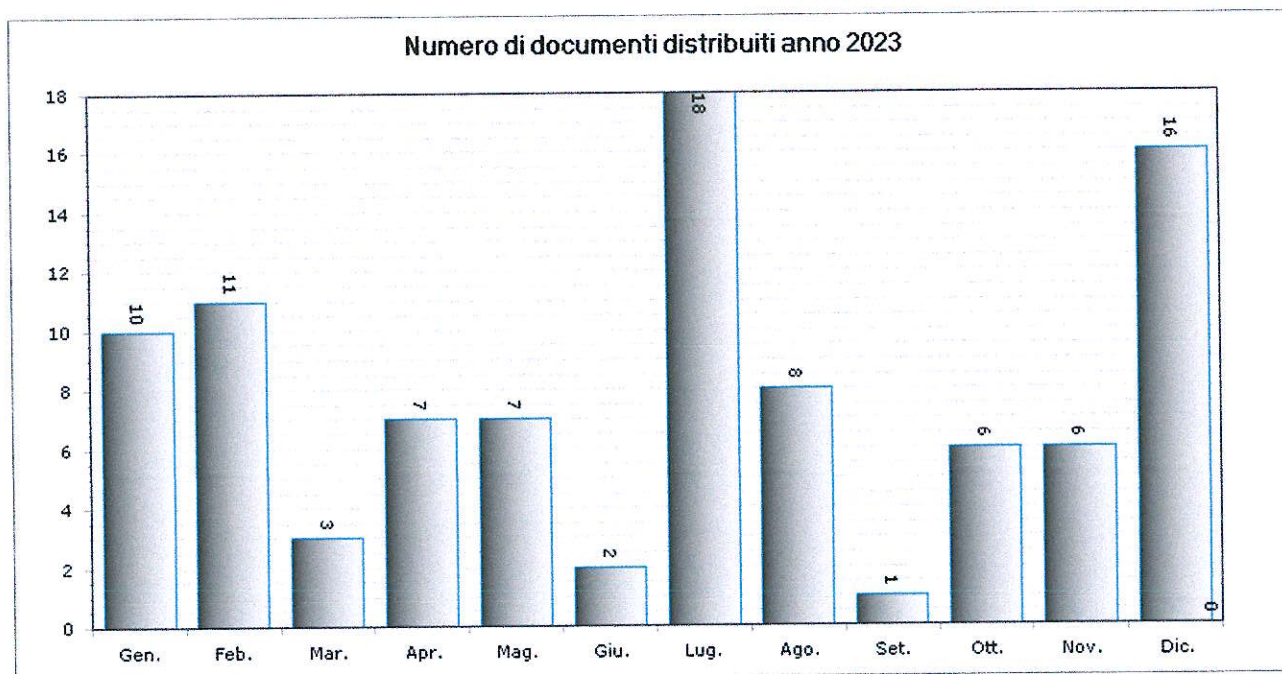
Origine	Descrizione interventi
Necessità di sorveglianza e controllo sulle procedure igieniche per il controllo delle ICA in UTI	Elaborazione documento di governo del processo "pulizia e sanificazione della terapia intensiva adulti" Valutazione adesione del personale alla frizione idroalcolica attraverso l'uso del Hand scan
Revisione del percorso di valutazione del rischio cadute del paziente la conformità alla procedura aziendale	Analisi su campione rappresentativo della corretta valutazione del rischio cadute e piani assistenziali
Azione associata alla Root Cause Analysis 001/2023	Procedura operativa sulle registrazioni ostetriche Stesura istruzione operativa sulla corretta esecuzione del ctg (posizionamento elettrodi etc.)
Azione associata alla Root Cause Analysis 001/2023	Revisione PDTA sul benessere fetale
Azione associata alla Root Cause Analysis 001/2023 C	Monitoraggio sul livello di lettura e comprensione della PO gestione terapia farmacologica del personale medico ed ostetrico Pianificazione corso di formazione aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulla lettura dei documenti aziendali per le risorse di nuova acquisizione
Difetto di conoscenza dello strumentario laparoscopico Allo scopo di aumentare le competenze del personale si programma attività formativa con certificazione delle competenze	Corso di addestramento per strumentazione chirurgica
Azione associata alla Root Cause Analysis 002/2023	Pianificato nuovo programma di formazione
Azione associata alla Root Cause Analysis 002/2023	Elaborati nuovi protocolli Triage a 5 codici
Azione associata alla Root Cause Analysis 002/2023	Procedura operativa e corso di formazione di formazione corretta esecuzione ECG
Revisione delle modalità d'introduzione di nuove metodiche laboratoristiche	Regolamentazione del processo formativo per l'introduzione di nuove metodiche di analisi

Azioni proattive

Azione N°	Origine	Descrizione interventi
P001/2023	Le informative rappresentano un documento fondamentale che deve accompagnare i colloqui tra clinico e paziente prima di raccogliere il consenso alle procedure invasive. Le informative utilizzate in ospedale richiedono una continua revisione per aggiornarle ai dettati normative e alle linee guida scientifiche	Revisione informative oculistica, ortopedia, chirurgia vascolare, bariatrica, ostetricia
P002/2023	Revisione del processo di raccolta del consenso informato e allineamento alle linee guida della regione Lazio	Revisione procedura operativa, modifica del modulo unico del consenso
P003/2023	Il sistema di trasporto interno ed esterno dei pazienti richiede un livello di attenzione elevato per controllare il rischio di eventi avversi. La raccomandazione 11 del ministero è completamente dedicata a questo aspetto complesso dei processi sanitari	Revisione della procedura aziendale Prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto extraospedaliero con autoambulanza. Raccomandazione n° 11- rev 01, elaborazione documenti di accompagnamento
P04/2023	Progetto: Carello emergenza L'esigenza di standardizzare il carrello dell'emergenza attraverso la riorganizzazione del materiale e dei controlli da check list nasce per ridurre il tempo di soccorso del paziente in caso di arresto e peri-arresto cardiaco. L'omologazione dei carrelli ha dimostrato di ottenere la stessa risposta in tutte le aree dell'ospedale e consentire ai sanitari di abbreviare i tempi di diagnosi e cura	Ricognizione dei carrelli esistenti e loro organizzazione Acquisto dispositivi mancanti Stesura nuove check list Formazione
P05/2023	Nuovo modello di triage a 5 codici Scopo del progetto è uniformare il sistema di classificazione degli accessi alle nuove linee guida nazionali che prevedono il passaggio alla codifica a 5 , numerica o di colore e la revisione dei protocolli . Gli interventi da attuare sono legati alla stesura dei nuovi documenti, la formazione del personale e l'implementazione del nuovo software	Stesura del manuale aziendale con i nuovi protocolli e validazione da parte dei responsabili distribuzione Formazione propedeutica al corso triage Corso di formazione in Triage a 5 codici
P06/2023	Revisione procedura aziendale prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti Aggiornamento della procedura aziendale alle nuove evidenze scientifiche. Nuove azioni correttive derivanti da assessment sul rischio cadute effettuato nel corso dell'anno	Stesura della revisione Distribuzione controllata della procedura Preparazione del piano di formazione
P07/23	Revisione del processo trasfusionale con revisione dei documenti di sicurezza	Revisione delle procedure di approvvigionamento del sangue e prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO
P08/23	Aggiornamento del sistema qualità e sicurezza del laboratorio analisi	Revisione/ elaborazione dei documenti secondo scheda specifica DRGC 166 " requisiti specifici accreditamento istituzionale"

Elenco documenti di governo clinico per la sicurezza prodotti ed emessi dalla UOC rischio clinico

Totale documenti emessi 95



Tipo documento	Numero
Check list	4
Consensi atto medico	8
Informative atto medico	58
Istruzioni operative	3
PDTA	1
Procedure gestionali	2
Procedure operative	19
Protocolli	1

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI PARM 2023

Obiettivi Regione Campania

Con le linee di indirizzo per la stesura del Parm la Regione Campania (DD. N. 99 del 16/12/2022) ha dato indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e non, e gli Ospedali Classificati di elaborare il Piano annuale di Risk Management trasmetterlo in Regione e pubblicarlo sul sito aziendale. Pur tenendo conto delle peculiarità di ciascuna struttura e del contesto organizzativo locale, la Regione ha inteso lasciare la massima autonomia alle aziende di sviluppare i propri obiettivi specifici aziendali sulla base della singola mappa dei rischi ma ha stabilito un setting minimo di obiettivi da raggiungere entro l'anno che di seguito si riportano:

Le linee d'indirizzo PARM della Regione Campania con

1. favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
2. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi;
3. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. Favorire la partecipazione all'attività regionali in tema di risk management.

Di seguito si riportano gli obiettivi regionali e il livello di raggiungimento degli standard definiti e tutti raggiunti

Obiettivo 1: diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio

Attività 1: Progettazione di effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali

L'attività di formazione sul rischio clinico nell' Ospedale Betania è permanente e sistematicamente inserita nel piano di formazione aziendale

Standard raggiunto: 100%

Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2: vedi sezione **ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI**

Indicatore 2: n. 73/73

Standard raggiunto = 100%

Obiettivo 3: attività del Team rischio clinico

Attività 3: riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico

Indicatore 3:

Riunione N°	Funzione convocante	Categoria	Argomento
GRCL/001/2023	Responsabile Gestione Rischio Clinico (Risk Manager)	Gestione Rischio Clinico	Avviamento cartella anestesiological informatizzata
GRCL/002/2023	Direttore S. C. Rischio Clinico, Qualità e Formazione	Gestione Rischio Clinico	Emissione nuovi documenti sicurezza rooming in e Bonding

GRCL/003/2023	Direttore S. C. Rischio Clinico, Qualità e Formazione	Gestione Rischio Clinico	stesura della procedura operativa per la gestione dei trasferimenti
GRCL/004/2023	Responsabile Gestione Rischio Clinico (Risk Manager)	Gestione Rischio Clinico	Criticità informatiche anatomia patologica
Standard raggiunto = 100%			

Obiettivi aziendali

Obiettivo 4: miglioramento del processo d'inserimento del neoassunto	
Attività 4: Analisi del processo di reclutamento e inserimento dei neoassunti del comparto (con qualunque tipologia di contratto) e programmazione delle attività di addestramento	
Indicatore 4: l'obiettivo non è stato trapiugurato nel 2023 per una serie di criticità che di seguito si sintetizzano:	
- Elevato turn over del personale per vincoli contrattuali - Mancata definizione della configurazione del tempo di affiancamento - Formazione 81/08 in FAD che non consente l'associazione di un modulo di formazione generale aziendale	
Standard = non raggiunto	
Obiettivo 5: miglioramento del macro-processo di comunicazione del dipartimento di medicina	
Attività 5: sono state portate a termine 2 su 3 delle attività previste e in particolare	
- È stata aggiornata la procedura sulle informative e consensi anche per le procedure invasive e le diagnostiche radiologiche - Il passaggio di consegne infermieristiche è notevolmente aumentato grazie ad una stretta collaborazione tra i coordinatori infermieristici	
Non è stata implementata ancora la procedura operativa che definisce l'hand over perché è in elaborazione la documentazione di accompagnamento	
Indicatore 5: riduzione dei fattori legati alla comunicazione nelle analisi degli eventi avversi	
Standard = > 50% raggiunto	
Obiettivo 6: miglioramento dei processi di sicurezza del blocco operatorio (obiettivo biennale)	
Attività 6: revisione di tutti i protocolli relativi ai 16 obiettivi di sicurezza e formazione del personale	
Indicatore 6: il 50 % degli obiettivi è stato revisionato, nel corso del 2024 verranno completate le revisioni	
Standard = I	

Gli obiettivi 4 e 6 saranno riportati nel PARM 2024

ATTIVITA' FORMATIVA 2023

Di seguito le attività formative

Titolo del corso	Numero edizioni	Partecipanti	Ecm	Tot. Ecm rilasciati
BLSD	15	202	9.3	1.878,6
Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery (NCS)	1	9	8.1	72.9
P-BLSD	2	21	9.3	195.3
Il Triage in P.S.	1	11	25.8	283.8
La gestione del rischio clinico	1	15	8.7	130.5
Interpretazione lettura ECG	1	21	8.7	182.7

Le attività rendicontate sono esclusivamente quelle d'interesse del rischio clinico; quelle relative all'ottemperanza TU 81/08 e 231/01, svolte a carico del Servizio formazione, sono descritte nella rendicontazione specifica dei due settori

Sono state svolte attività di addestramento specifiche per l'introduzione di nuove tecnologie.

PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

La sorveglianza e prevenzione delle ICA viene realizzata in collaborazione con la Referente della microbiologia per le infezioni Dott.ssa Raffaella Coppola .

Report 2023

- Aggiornamento ed implementazione del protocollo aziendale di sorveglianza attiva (coprocultura e tampone rettale) delle colonizzazioni da CRE/CPE in tutte U.O. con scheda di segnalazione
- Sorveglianza delle infezioni ospedaliere attraverso il gestionale Talete Web
- Ricerca delle colonizzazioni da MRSA pre -impianto di ortopedia
- Monitoraggio del tasso di adesione alla corretta sanificazione delle mani con dispositivo hand scanner
- Revisione della procedura cateterismo vescicale secondo linee guida CDC

Dati della sorveglianza

È stata calcolata l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica per categoria di pazienti clinicamente omogenei (chirurgia addominale open) durante l'intervallo di tempo annuale (N° nuovi casi x 100 su totale pazienti sottoposti ad intervento addominale open). Da considerare che attualmente la misura è realizzata solo su questa specialistica di chirurgia sia perché non è stata ancora avviato il monitoraggio in follow up che riguarderà senologia, ostetricia e ginecologia e ortopedia.

Il tasso di prevalenza si è assestato nella media delle infezioni chirurgiche in Italia (7-8%) ma con un leggero peggioramento rispetto allo scorso anno.

2022

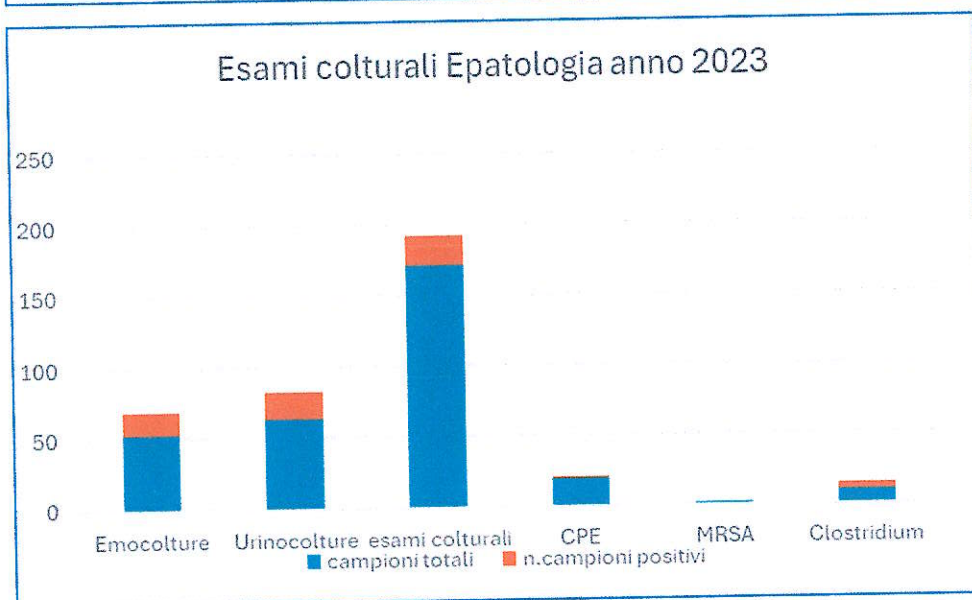
N°infezioni sito chirurgico	Totale interventi 2022	tasso di prevalenza
35	539	6.49 %

2023

N°infezioni sito chirurgico	Totale interventi 2022	tasso di prevalenza
41	576	7.12 %

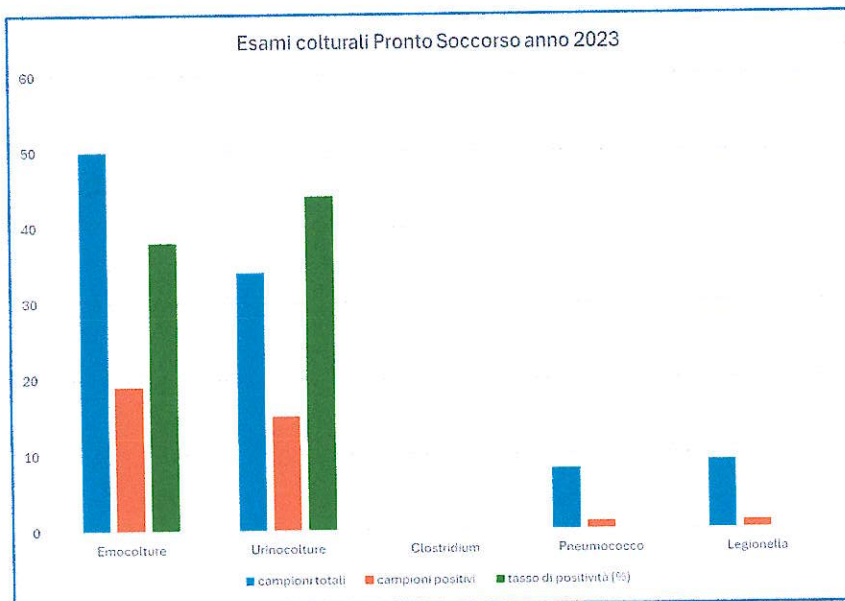
Tassi di positività da colture

EPATOLOGIA	campioni totali	n.campioni positivi	tasso di positività%
Emocolture	53	16	30,18
Urinocolture	64	19	29,68
esami colturali	171	21	12,28
CPE	20	1	5
MRSA	2	0	
Clostridium	10	4	40

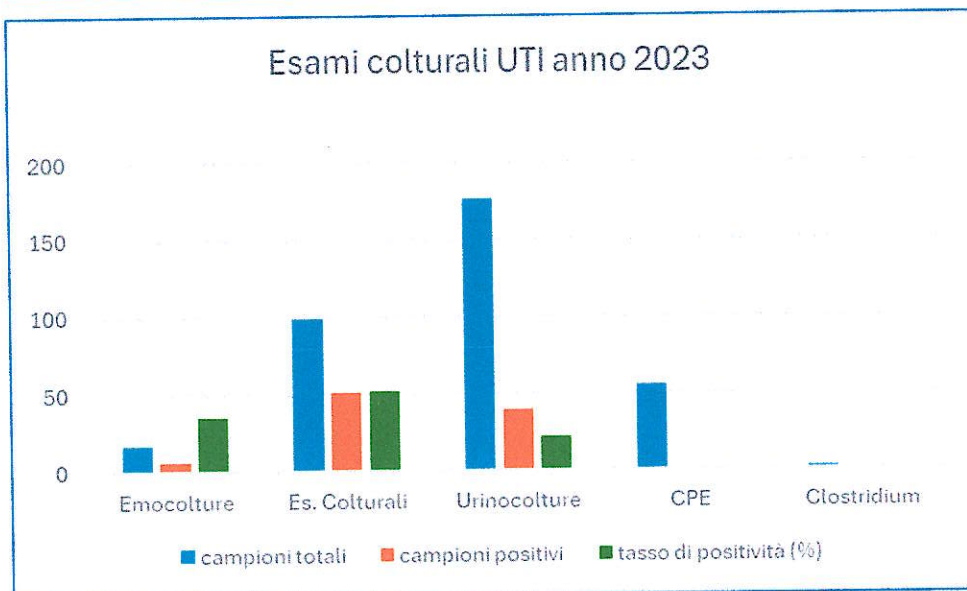


PRONTO SOCCORSO

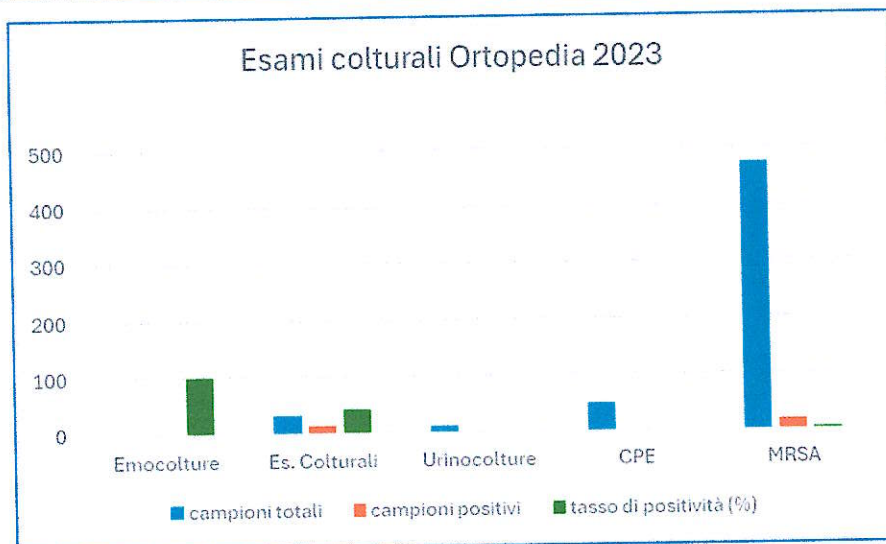
Emocolture	50	19	38
Urinocolture	34	15	44
Clostridium	0	0	
Pneumococco	8	1	
Legionella	9	1	



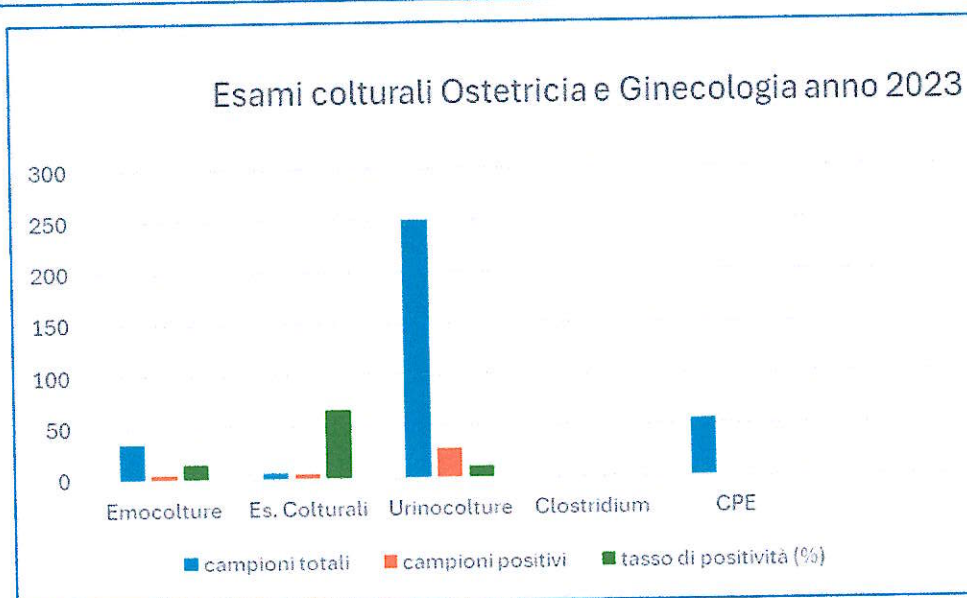
UTI	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	17	6	35,2
Es. Colturali	99	51	51,5
Urinocolture	176	39	22,1
CPE	55	0	
Clostridium	2	0	



ORTOPEDIA	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	1	1	100
Es. Colturali	32	14	43,7
Urinocolture	11	2	
CPE	49	0	
MRSA	474	19	4



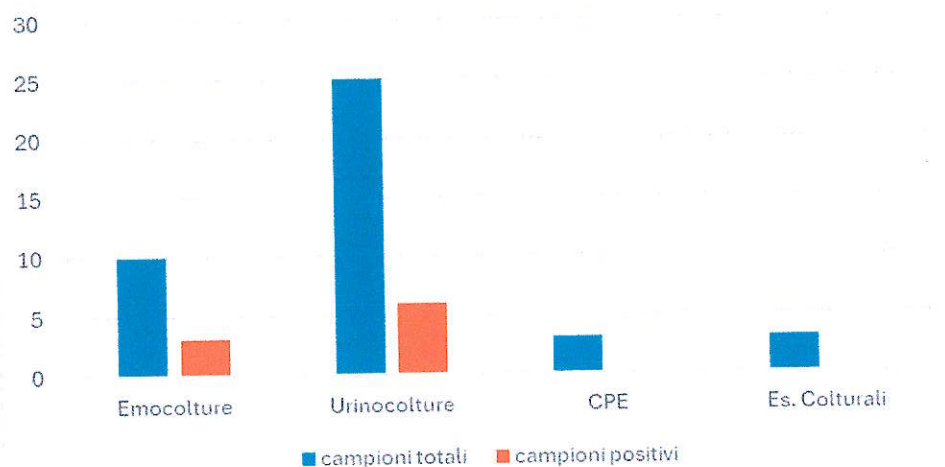
GINECOLOGIA	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	34	5	14,7
Es. Colturali	6	4	66,6
Urinocolture	251	28	11,1
Clostridium	1	0	
CPE	55	0	



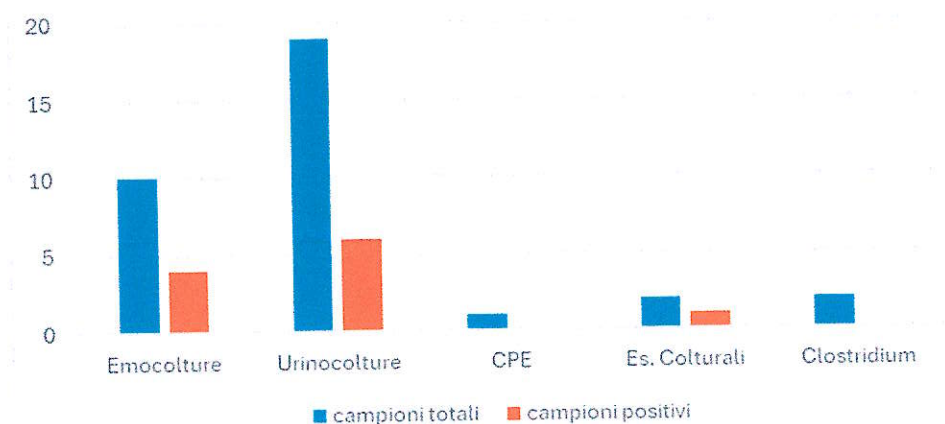
CARDIOLOGIA	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	10	3	30
Urinocolture	25	6	26
CPE	3	0	
Es. Colturali	3	0	

UTIC	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	10	4	40
Urinocolture	19	6	31,5
CPE	1	0	
Es. Colturali	2	1	50
Clostridium	2	0	

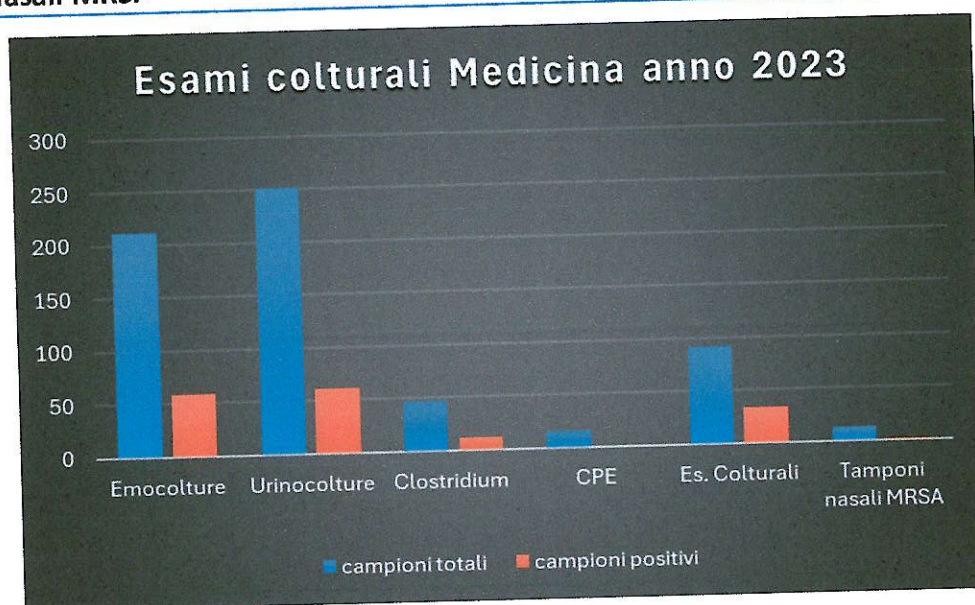
Esami colturali Cardiologia 2023



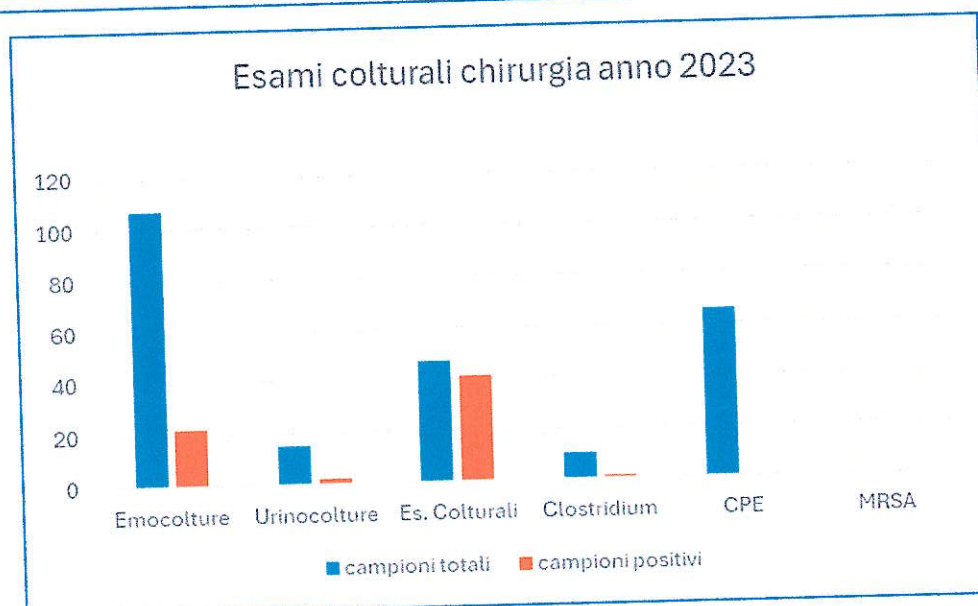
Esami colturali UTIC
2023



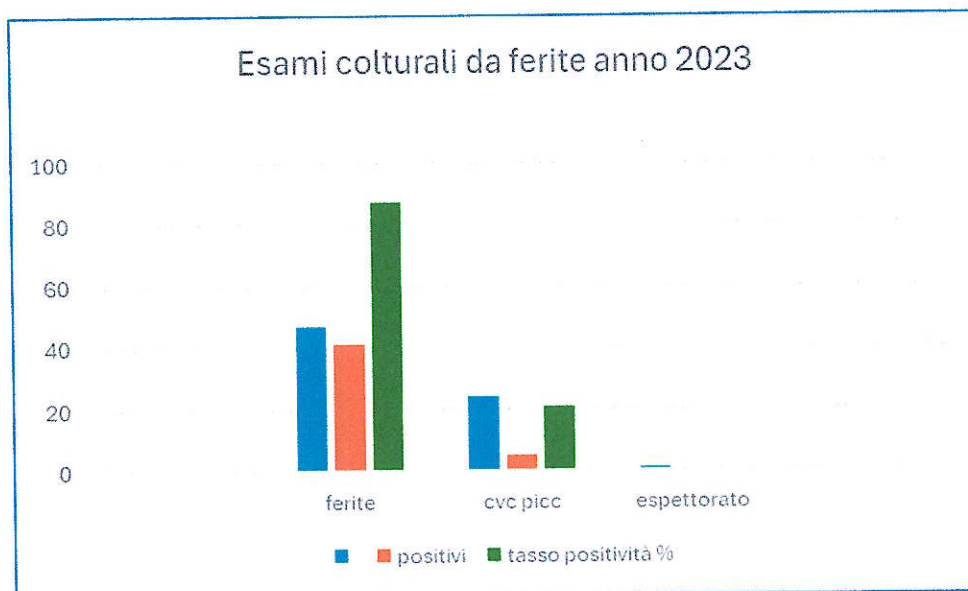
MEDICINA	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	212	58	27,35
Urinocolture	251	61	24,3
Clostridium	47	12	25,5
CPE	15	0	
Es. Colturali	91	33	36,2
Tamponi nasali MRSA	13	1	



CHIRURGIA	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	107	22	20,56
Urinocolture	15	2	13,33
Es. Colturali	47	41	87,23
Clostridium	10	1	
CPE	65	0	
MRSA	0	0	

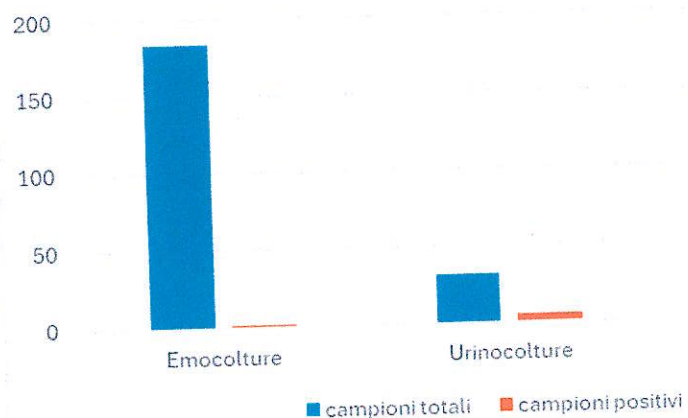


esami colturali	positivi	tasso positività %	
ferite	47	41	87,23
cvc picc	24	5	20,83
espettorato	1	0	0

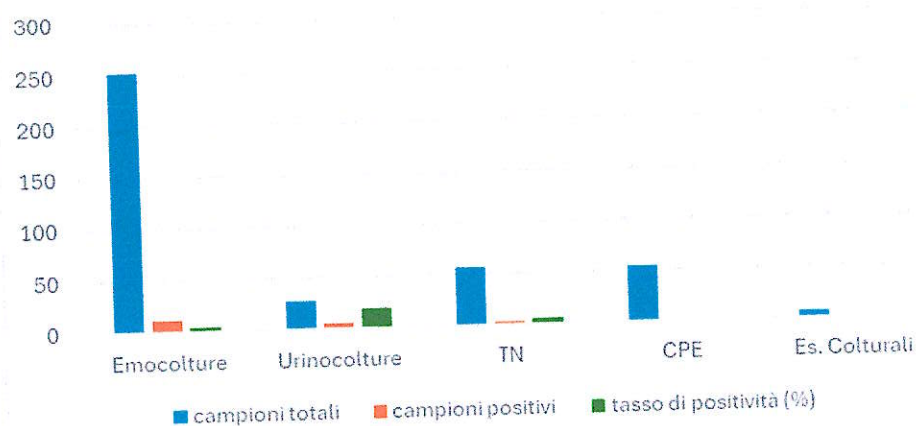


TIN	campioni totali	campioni positivi	tasso di positività (%)
Emocolture	252	11	4,3
Urinocolture	27	5	18,5
TN	56	3	5,35
CPE	54	0	
Es. Colturali	7	1	
NIDO	campioni totali	campioni positivi	
Emocolture	56	0	
CPE	2	0	
PAT. NEONATALE	campioni totali	campioni positivi	
Emocolture	184	1	
Urinocolture	31	5	

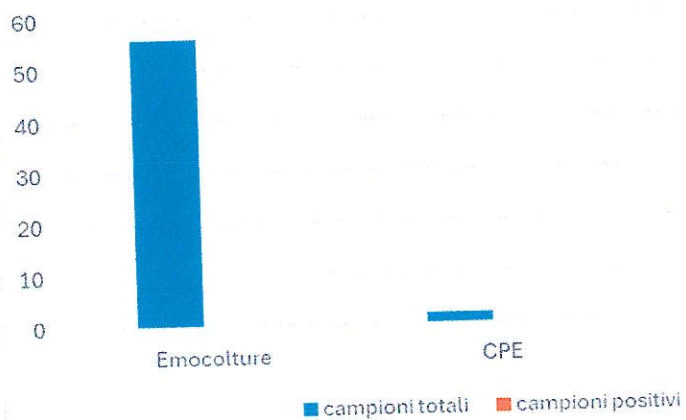
Esami culturali Patologia Neonatale 2023



Esami culturali TIN anno 2023



Esami culturali NIDO anno 2023

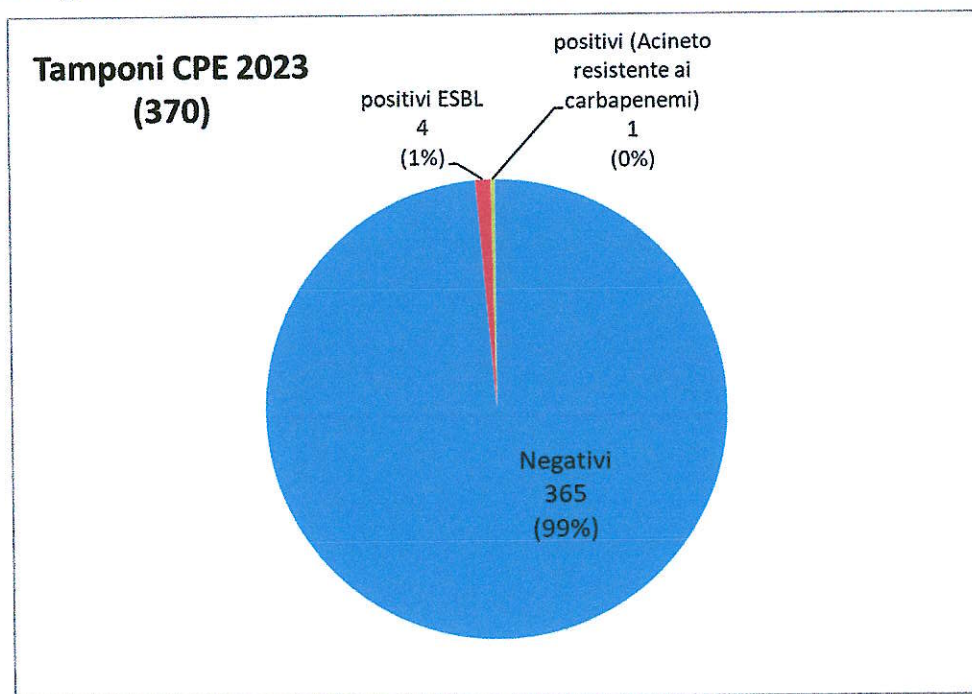


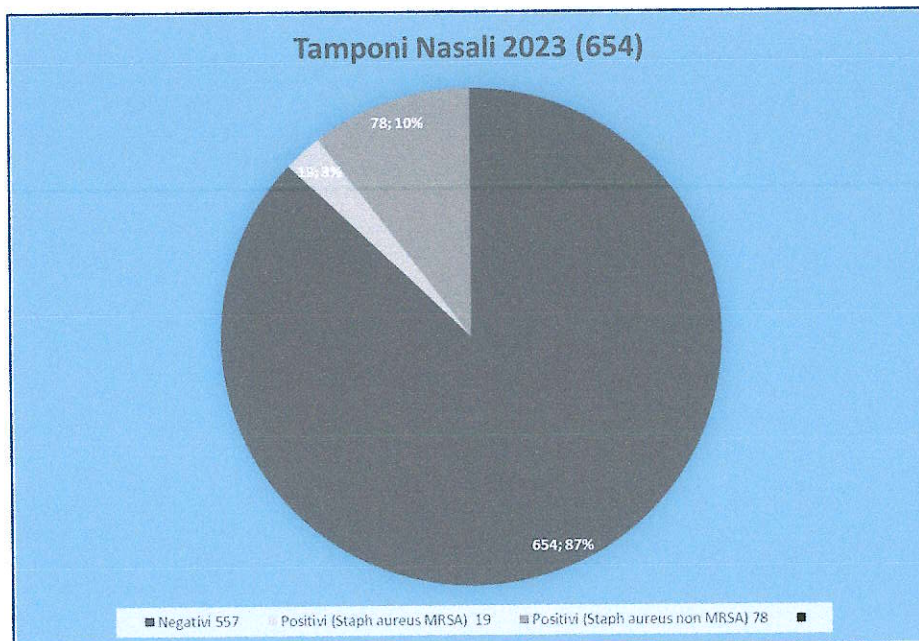
La sorveglianza attiva da CPE- MRSA

L'impiego della sorveglianza attiva è uno strumento essenziale nel controllo delle infezioni da CRE, non solo nel corso di focolai epidemici, ma anche come misura routinaria, in particolare nei setting in cui queste infezioni siano frequenti, per:

- definire l'epidemiologia locale di questi agenti patogeni e capire dove, quando e quali siano i soggetti sintomatici e non, al fine di allocare le risorse ove necessario e stabilire le misure di controllo da adottare;
- attuare l'appropriato isolamento dei pazienti infetti e/o colonizzati, le precauzioni da contatto e le altre misure necessarie.

La sorveglianza CPE è andata a regime nel corso dell'anno per tutti i pazienti che accedono ai reparti critici e che rientrano nelle categorie indicate dalle linee guida. Come si evidenzia il numero dei positivi è molto basso in linea con l'epidemiologia locale ; dal dato si evince che i pazienti colonizzati possono essere gestiti con estrema facilità in termini di isolamento e precauzioni standard





Staphylococcus Aureus è uno dei più comuni patogeni umani e di conseguenza uno dei più comuni patogeni nosocomiali. La pressione farmacologica presente nell'ecosistema ospedaliero ha permesso la progressiva comparsa di resistenze agli antibiotici, tanto che oggi negli ospedali di molte nazioni oltre il 50% e fino al 90% degli isolati di *Staphylococcus Aureus* è meticillino-resistente

La sorveglianza per MRSA è stata realizzata per le seguenti categorie di pazienti

- 1) Pazienti degenti nella stessa stanza di soggetti con infezione-contaminazione da *Stafilococco Aureus* e MRSA;
- 2) Pazienti che devono essere sottoposti ad interventi chirurgici d'elezione con il posizionamento protesi ortopediche
- 3) Neonati provenienti da divisioni di terapia intensive neonatale di altri ospedali, o che sono stati ricoverati negli ultimi mesi in altri Ospedali

I pazienti che sono stati individuati portatori sono stati trattati con protocollo di decolonizzazione prima di essere sottoposti all'intervento, questa procedura ha consenti un significativo controllo delle infezioni da protesi da germi MDR.

Per il 2024 si programma l'implementazione agli altri interventi che prevedono applicazione di protesi o device

Premessa e obiettivi generali

Il Sistema di Gestione del Rischio (Risk Management System) è un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti. Il Piano Annuale di Risk Management è parte integrante di tale sistema e definisce la strategia che l'Ospedale Evangelico Betania intende adottare per raggiungere i propri obiettivi di sicurezza; la sua stesura si basa sulla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi avversi ad un sistema che gestisce i rischi, ovvero da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo; in tale ottica il contributo dei professionisti che operano nella struttura ai diversi livelli organizzativi e gestionali è alla base della politica per la gestione del rischio adottata.

A tale scopo ogni PARM deve partire dagli obiettivi generali che l'azienda si pone e rinforzarli di anno in anno, tra questi:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
- Favorire una visione unitaria della sicurezza del paziente
- Incoraggiare la segnalazione degli eventi "near miss";
- Rafforzare l'uso di metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- Monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo sul trattamento degli eventi avversi;
- Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Tutti gli aspetti dei rischi sopra elencati devono essere affrontati in modo integrato, pur nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche ma con un forte mandato dell'alta dirigenza.

Inoltre, deve essere condivisa la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento abbandonando il comune atteggiamento di biasimo e colpevolizzazione.

La concretizzazione di questa visione strategica richiede la condivisione di valori fondamentali quali:

- ▷ la trasparenza;
- ▷ la collaborazione fra operatori;
- ▷ la comunicazione con il paziente e fra il personale;
- ▷ l'impegno per il miglioramento continuo della qualità;
- ▷ la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato

Obiettivi Regione Campania

Per una corretta lettura del documento si riporta nuovamente il setting minimo degli obiettivi della Regione Campania

Obiettivo 1 : diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio
Attività 1: Progettazione di effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali
Indicatore 1: esecuzione di una edizione del corso entro dicembre dell'anno al quale si riferisce il PARM
Standard = I
Obiettivo 2 : Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
Attività 2: monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES
Indicatore 2: n. di segnalazioni pervenute/n. prese in carico
Standard = 100%
Obiettivo 3 : attività del Team rischio clinico
Attività 3: riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico
Indicatore 3: n. di riunione svolte /n. di riunioni programmate
Standard = 100%

Il D.D. n. 99 del 16/12/2022 specifica che le strutture, oltre ai 3 obiettivi descritti, e nel caso abbiano individuato esigenze proprie derivanti dall'analisi dei rischi, devono integrare il Parm con obiettivi specifici tenendo in debita considerazione che dalla realizzazione delle attività di Clinical Risk Management che si andranno a programmare, ci si attende, nel lungo periodo, il conseguimento dei seguenti risultati:

- sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e ho a maggior rischio di errore ed in appropriatezza;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e anche dell'operatore.

Sulla base di particolari esigenze e necessità istituzionali, la regione Campania si riserva di definire ulteriori obiettivi, che saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente area regionale. Per il 2024 non è stata prevista nessuna integrazione del setting da parte della Regione Campania pertanto si prosegue con quelli aziendali .

Obiettivi specifici aziendali

Nella progettazione del PARM le azioni individuate derivano da un doppio flusso di lavoro :

Forward: si parte da un evento che può accadere a un elemento del sistema e si procede in avanti per andare ad analizzare che tipo di inconveniente può generare nel sistema.

Backward: si parte dall'inconveniente del sistema e si vanno a cercare le possibili cause che lo determinano.

La criticità di ogni tipo di malfunzionamento/difetto che si è determinato o può determinarsi è valutata mediante un indice detto "Indice di Priorità di Rischio" (IPR) che si calcola nel seguente modo:

$$IPR = P * S * D$$

dove:

P = Probabilità di accadimento dell'evento;

S = Severità degli effetti;

D = Rilevabilità dell'evento.

Dal risultato di tali analisi sono state stabilite le linee progettuali principali che si articoleranno nel corso dell'anno che derivano in parte anche dalla progettazione 2023 per obiettivi a sviluppo biennale.

Obiettivo 4: miglioramento del processo d'inserimento del neoassunto

L'obiettivo viene ripreso allargandolo non solo al personale del comparto ma a tutto il personale di nuova acquisizione in quanto si è rilevata una mancanza di conoscenza delle procedure aziendali da parte di tutte le categorie

Attività 4: Analisi del processo di reclutamento e inserimento dei neoassunti (con qualunque tipologia di contratto) e programmazione delle attività di formazione

Indicatore 4: revisione del processo

Standard = I

Obiettivo 5: miglioramento dei processi di comunicazione

Questo obiettivo resta costante nei PARM in quanto è stato rilevato che il 70% degli eventi avversi è legato a problemi di comunicazione, pertanto, il processo di miglioramento deve essere continuo e misurato annualmente

Attività 5: analisi delle criticità relative ai seguenti 3 sottoprocessi

- Passaggio delle consegne con particolare riferimento al hand-over dei pazienti tra reparti
- Informativa e consensi
- Comunicazione con i familiari

Indicatore 5: riduzione dei fattori legati alla comunicazione nelle analisi degli eventi avversi

Standard = > 50%

Obiettivo 6: miglioramento dei processi di sicurezza del blocco operatorio

Il 50 % degli obiettivi sono stati revisionati, nel corso dell'anno sarà completato il processo

Attività 6: revisione di tutti i protocolli relativi ai 16 obiettivi di sicurezza

Indicatore 6: produzione del nuovo manuale, progettazione e svolgimento della formazione

Standard = I

Obiettivo 6: aumentare il livello di sicurezza nell'uso del sangue ed emoderivati

Attività 6:

- Monitoraggio delle trasfusioni
- Valutazione sistema di sicurezza informatizzato
- Riunioni

Indicatore 6: report mensile

Report sistema di sicurezza

Almeno 2 riunioni

Standard = I

PAICA 2024

Le attività di Infection Control avranno una netta prevalenza su tutte le attività di gestione del rischio anche alla luce della recente pubblicazione del nuovo **PNCAR 2022-25** (Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza) e al rapporto **IPC dell'OMS 2022** che fornisce precise indicazioni sulla strutturazione dei sistemi di infection control .

Alla fine del 2022 è stato ristrutturato il CICA (comitato infezioni correlate all'assistenza) e nel corso del 2023 si sono svolte delle riunioni nelle quali sono stati condivisi gli obiettivi 7-8 e 9.

Obiettivo 7: Sorveglianza attiva SSI
Attività 7: attivazione di un sistema di sorveglianza attiva dal ricovero al follow up ambulatoriale per i pazienti sottoposti per chirurgia generale, ortopedia, senologia e ostetricia e ginecologia
Indicatore 7: disponibilità dei dati
Standard = > 70%

Obiettivo 8: sorveglianza MRSA
Attività 8: • Definizione ed implementazione del protocollo per lo screening Stafilococchi Aureus e Stafilococchi Aureus MRSA (meticillino resistenti) dei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia protesica per ortopedia, senologia, chirurgia .
Indicatore 8: definizione del protocollo e distribuzione del protocollo
Indicatore 9: N. di pazienti con tampone su numero di pazienti avviati a chirurgia protesica
Standard = I/I >50%

Obiettivo 9: Revisione procedure di sanificazione/disinfezione/sterilizzazione
Attività 9: Analisi AS is , revisione della letteratura, stesura dei nuovi documenti
Indicatore 10: pubblicazione della documentazione aggiornata
Standard = I/I

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Per quanto concerne le attività di responsabilità si fa riferimento a quanto sancito dal D.D. n.99 del 16/12/2022 della regione Campania. Il PARS riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi e valutazione:

Il Responsabile del rischio clinico: redige e monitora l'implementazione del PARS, effettua analisi e valutazione dello stesso.

Il Direttore Sanitario è coinvolto nelle fasi di adozione e monitoraggio e analisi del PARS.

Il Direttore Amministrativo è coinvolto nelle fasi di adozione e monitoraggio analisi del PARS

Il Direttore Generale si impegna ad adottare il PARS con deliberazione o atto equipollente entro il 31 marzo di ogni anno. Si impegna altresì a fornire all'organizzazione le risorse (eventualmente tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal piano. Nella tabella successiva si riporta lo schema di matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager	Direttore sanitario	Direttore Generale	Direttore amministrativo
Redazione PARM	R	I	C	I
Adozione del PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C	C
Analisi e valutazioni	R	C	C	C

LEGENDA: R = responsabile I= interessato C= coinvolto

PIANO ATTIVITÀ FORMATIVA 2024

La formazione del 2024 sarà esclusivamente orientata al soddisfacimento di obblighi normativi; eventuali esigenze determinate da fabbisogni formativi di natura clinica/procedurale, saranno inseriti progressivamente nel corso dell'anno se sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo

Progetto 1: corso di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce
Obiettivo: Formazione obbligatoria per accreditamento istituzionale. Il corso ha l'obiettivo di uniformare le conoscenze e le tecniche per la rianimazione cardiopolmonare con l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni
Destinatari: tutto il personale sanitario
Periodo di svolgimento: settembre -dicembre
Standard di competenza: acquisizione delle capacità tecnico operative in caso di arresto cardiaco valutate attraverso skill-meter
Verifica di efficacia: inizio delle manovre di rianimazione in caso di arresto e attivazione carrello delle emergenze
Progetto 2: la gestione del sistema rischio clinico integrato
Obiettivo: Formazione obbligatoria per accreditamento istituzionale e dal D.D. n.99 del 16/12/2022 della regione Campania Diffondere la cultura della gestione del rischio, illustrare i principali strumenti di identificazione e analisi dei rischi. Implementare le raccomandazioni ministeriali
Destinatari: tutto il personale sanitario
Periodo di svolgimento: marzo – dicembre
Standard di competenza: superamento test finale
Verifica di efficacia: aumento del numero di segnalazioni pro-capite
Progetto 3: il triage di pronto soccorso. (completamento del progetto)
Obiettivo: Formazione obbligatoria per accreditamento istituzionale e aggiornamento linee guida nazionali. Aggiornare il modello di triage da 4 a 5 colori e certificare le competenze degli infermieri/ostetriche addetti al triage
Destinatari: infermieri/ostetriche pronto soccorso
Periodo di svolgimento: Gennaio – marzo
Standard di competenza: superamento della prova finale di abilitazione per infermiere di triage
Verifica di efficacia: passaggio dal sistema a 4 codici a 5 codici
Progetto 4: temi di aggiornamento sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
Obiettivo: aggiornare il personale sulle tematiche inerenti le infezioni e le procedure del CICA
Destinatari: tutto il personale sanitario

Periodo di svolgimento: marzo – giugno
Standard di competenza: superamento della prova finale
Verifica di efficacia: partecipazione ai programmi di IPC
Progetto 5: corso di formazione/informazione obbligatorio ai sensi dell'art. I I0 e I I I del d.lgs 101/2020 e smi in materia di radioprotezione
Obiettivo: obbligo normativo
Destinatari: personale radiologia
Periodo di svolgimento: marzo- giugno
Standard di competenza: superamento della prova finale