PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

PARM – 2023

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE E PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	DE MARTINO VALENTINA IANNUZZO MARIATERESA	RESP. UOS GESTIONE RISCHIO CLINICO RISK MANAGER	25/03/2023	
VERIFICA	IANNUZZO MARIATERESA CAPUANO ANTONIO	DIRETTORE SANITARIO DIRETTORE AMMINISTRATIVO	29/03/2023	
APPROVAZIONE	FRA PIETRO CICINELLI	DIRETTORE GENERALE	29/03/2023	

Indice

Premessa

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO
   - 1.1. Posizione costitutiva
   - 1.2. Dati Strutturali
   - 1.3. Dati Attivita'
2. RELAZIONE SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI
   - 2.1. Analisi Degli Eventi
   - 2.2. Analisi Sinistrosita' e risarcimenti
   - 2.3. Posizione assicurativa
3. MATRICE DI RESPONSABILITÀ
4. OBIETTIVI
   - 4.1. Obiettivi regionali
   - 4.2. Obiettivi aziendali
5. FORMAZIONE
6. Modalità di diffusione del documento
7. Riferimenti normativi
8. Riferimenti bibliografici

PREMESSA

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire incoraggiare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi. Il Risk Management s'interessa quindi della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza spaziando da un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte. La sicurezza rappresenta quindi una dimensione imprescindibile della qualità dell'assistenza sanitaria, come rappresentato nello schema sottostante.

Parlare di rischio clinico oggi in epoca pre-COVID-19 dà un senso di straniamento che fa apprezzare quanto questa stagione sia stata un drammatico punto di svolta. La stessa pandemia può essere considerata una sorta di macro-evento sentinella da cui trarre importanti insegnamenti, avendo messo in evidenza insufficienze nell'assistenza sanitaria che erano ben conosciute e spinge a rivedere modelli consolidati. Mentre la vita degli individui era rallentata dal lockdown, l'importanza della velocità di decisione, il bisogno di risposte non burocratiche, le stesse evidenze scientifiche, che sono state costruite "sul campo di battaglia", hanno cambiato i nostri riferimenti. Ma sicuramente ci ha fatto maggiormente apprezzare la prassi del risk management nei processi di assistenza, finalizzati a ridurre gli errori e ad apprendere come ridurre i danni futuri.

Visto la complessità e la variopinta articolazione delle attività diventa quindi particolarmente importante coinvolgere tutti gli operatori sanitari sviluppando una rete forte tra i ruoli manageriali e quelli clinico - assistenziali. Questa impostazione da una parte è coerente con l'obiettivo principale del Sistema di Qualità legato alla rilevante attività di formazione/informazione dall'altra permette una adeguata contestualizzazione nei diversi ambiti operativi dove la "Teoria" deve diventare "Pratica" della Qualità e della Sicurezza nonostante la frammentazione delle risorse umane.

Pertanto grazie alla attuale situazione epidemiologica che consente di poter ampliare l'attenzione e riportare l'interesse verso temi generali rispetto alla particolare focalizzazione sulla pandemia che ha caratterizzato l'ultimo triennio, la gestione del rischio clinico ha ancora di più la necessità di essere supportata da

- Comitato Risk management
- Comitato Controllo dell'Infezioni Correlata all'Assistenza
- Commissione Locale Valutazioni sinistri
- e da tutti gli altri esistenti Comitati Ospedalieri, Gruppi di Lavoro e Audit multidisciplinari quali Comitato Ospedale senza Dolore, Comitato Percorso Nascita, Comitato Buon Uso del Sangue, Commissione per la promozione allattamento al seno, GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) che sono attivi nel nostro ospedale.

Inoltre si è provveduto a condividere gli argomenti d'interesse ed a allargare la partecipazione affidando responsabilità ed obiettivi specifici in particolare per la revisione e l'aggiornamento, l'implementazione e la diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 POSIZIONE COSTITUTIVA

L'Ospedale BUON CONSIGLIO appartiene alla Provincia Religiosa di San Pietro dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli ed è sito a Napoli alla Via Manzoni n.220.

E' OSPEDALE CLASSIFICATO ai termini dell'art. 1 della Legge 132 del 1968, con D.P.G.R. della Regione Campania del 10.02.1975 n. 969, convenzionato con la Regione Campania con Atto del 1985 e successivamente con Accordo del 18.02.2011 in regime di prorogatio ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992. Ha adottato un modello organizzativo dipartimentale con Delibera Presidenziale del 17/12/2003 – n° 5/03/003C, aggiornamento con Delibera Presidenziale del 26/06/2009 n° 177/2/B, recepita con Delibera Presidenziale n° 61 del 07/07/2009.

1.2 DATI STRUTTURALI

L'Ospedale BUON CONSIGLIO è un OSPEDALE GENERALE DI ZONA compreso nel territorio della ASL Napoli 1 Centro - Distretto Sanitario 24.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE

L'Ospedale Buon Consiglio eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso
- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero urgente, ordinario e diurno
- Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

SISTEMA EMERGENZA

L'Ospedale è sede di Pronto Soccorso:

- Pronto Soccorso Generale
- Pronto Soccorso Ostetrico
- Pronto Soccorso Neonatale
- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)
- Rianimazione e Terapia Intensiva (UTIR)
- Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN)

RETI ASSISTENZIALI REGIONE CAMPANIA

- **COT/CoRE:** Rete dell'emergenza territoriale e regionale
- **Assistenza Perinatale:** Attuale riconoscimento per il DCA al I Livello della Rete Perinatale con UTIN
- **Rete IMA:** Cardiologia / UTIC, Riconoscimento centro Spoke della Rete Infarto Miocardico Acuto
- **Rete Stroke :** Riconoscimento Centro Spoke
- **ROC**: RETE ONCOLOGICA CAMPANA

DISTRIBUZIONE POSTI LETTO E SERVIZI

AREA MEDICA	P.L.	D.H.	Deg.private
U.O. Medicina generale	22	1	1
U.O. Geriatria	0		
U.O. Oncologia	8	5	
U.O. Cardiologia	13	2	1
TOTALE	**43**	**8**	**2**

AREA CHIRURGICA			
U.O. Chirurgia Generale	22	2	1
U.O. Ortopedia e Traumatologia	26	2	2
U.O. Urologia	4		
TOTALE	**52**	**4**	**3**

AREA MATERNO INFANTILE			
U.O. Ostetricia e Ginecologia	23	4	5
U.O. Pediatria		1	
U.O Neonatologia	10		
U.O. UTIN	6		
TOTALE	**39**	**5**	**5**

AREA EMERGENZA E TERAPIE INTENSIVE	
U.O. Anestesia e UTIR	4
U.O. UTIC	4
P.S. - covid box	4
TOTALE	**12**

TOTALE COMPLESSIVO	146	17	10

SERVIZI/DISCIPLINE SENZA POSTI LETTO
Laboratorio Analisi
Diagnostica per Immagini
BLOCCO OPERATORIO con 6 sale operatorie
BLOCCO PARTO con 3 sale parto
CENTRO DI RIFERIMENTO SIT AORN SANTOBONO - PAUSILLON

1.3. DATI DI ATTIVITA'

Di seguito sono riportati i principali dati di attività secondo le specificità del nostro ospedale.

DATI ATTIVITA'	2019	2020	2021	2022
Ricoveri ordinari	9.495	7.217	8.651	8.287
Ricoveri chirurgici diurni (Day Surgery)	1.114	243	221	693
Accessi diurni (Day Hospital)	2.963	3579	3357	3236
Accessi Pronto Soccorso	33.331	19.080	22.378	23.152
Parti	1.260	1.150	1.388	1.436
Interventi Chirurgici	6.206	3.832	5.187	5.108
Prestazioni ambulatoriali *	88.005	49.900	64.806	67.565

** escluse prestazioni laboratorio analisi*

2. RELAZIONE SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1. ANALISI DEGLI EVENTI

Dal sistema di reporting intra-ospedaliero possono essere individuati

- Near Miss (errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente)
- Evento Avverso (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli EA possono essere prevenibili o non prevenibili. Un EA attribuibile ad errore è un EA prevenibile
- Evento Sentinella (Evento Avverso, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio Sanitario)

che nell'anno 2022 sono in totale n° 97 distribuiti come indicato nella tabella seguente

Tabella Eventi segnalati nell'anno 2022 (art. 2 c.5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	n. (con % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	**60** (*61,9%*)	**15** (*25%*)	• Strutturali - Tecnologici (*15 %*) • Organizzativi (*30 %*) • Procedure (*55%*)	• Strutturali -Tecnologici (*25 %*) • Organizzativi (*35%*) • Procedure (*40%*)	•REPORTING (*45%*) • AUDIT (*25%*) • COMITATI (*20%*) • Giri per la Sicurezza del paziente (Safety Walk Around) (*10%*)
Eventi Avversi	**37** (*38,1%*)	**8** (*21,6%*)			
Eventi Sentinella	**0**				

Degli eventi totali n. 23 sono **cadute** (20 near miss e 8 eventi avversi) occorse a pazienti degenti o ambulatoriali o utenti di pronto soccorso. L'area medica di degenza è stata quella maggiormente interessata dalle segnalazioni ma probabilmente le cause sono da ascrivere ad una maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari di area medica oltre che a una polifragilità ed a una più lunga degenza degli stessi pazienti. Le cadute hanno riguardato in gran parte l'area medica e si sono verificate in stanza di degenza e in Pronto Soccorso.

A far data da giugno 2022 è stato ridefinito il Comitato per le Infezioni ospedaliere (CIO) come il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (C-CICA) ed era stato approvato il Regolamento e si è

proceduto all'aggiornamento e alla ricostituzione dei componenti del suddetto Comitato che ricoprono un'articolata serie di funzioni di determinante rilevanza per questo ospedale. Al gruppo suddetto è stata demandata l'individuazione di una rete di facilitatori che a partire da settembre hanno contribuito alla gestione integrata e multidisciplinare delle infezioni ospedaliere. E sicuramente l'attenzione agli eventi infettivi ed alla loro sorveglianza è molto alta come dimostrato dal numero di segnalazioni. Degli eventi avversi totali n. 49 sono **ICA - Infezioni Correlate all'Assistenza** (20 colonizzazioni che abbiamo considerato come near miss e 29 infezionI che abbiamo considerato veri e propri eventi avversi) occorse a pazienti degenti soprattutto nelle aree critiche delle Rianimazioni per adulti e Neonati (UTIR e UTIN). Le schede di segnalazione pervenute risultano in numero limitato rispetto all'atteso, ma comunque restano una fonte importante per le cadute e le ICA delle quali nell'anno 2022 ne sono state raccolte 72.

Oltre alle schede riconducibili alle cadute dei pazienti ed alle ICA, sono stati segnalati errori relativi alla terapia farmacologica soprattutto nella fase di preparazione e somministrazione del farmaco. Per questa e per altre tipologie di errore legata maggiormente alla pratica clinico-assistenziale e con l'obiettivo di superare le barriere della segnalazione e del reporting, promuovendo la cultura della sicurezza con un approccio non punitivo, è stata utilizzata come metodologia il Safety Walk Round (SWR) che è consistito in "visite" dei referenti del rischio clinico, effettuate nei reparti e nei servizi per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale è stato invitato ad evidenziare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni con il valore aggiunto importante che è derivato dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso avevano già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi ha portato da subito ad un miglioramento del processo assistenziale e della sicurezza.

L'analisi sistematica delle cartelle cliniche ha permesso infine di rilevare una percentuale ulteriore di eventi avversi/near miss, peraltro da considerare non prevenibili, e l'assenza di eventi sentinella. Tuttavia, è da sottolineare una prevalenza in tutte le Unità Operative di criticità relative alla modalità di compilazione della documentazione che risulta a volte carente in termini di completezza e chiarezza. Il processo avviato proprio nel 2022 e tutt'ora in atto riguardante l'informatizzazione e digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria sarà sicuramente più utile alle successive analisi ed anche nella stessa prevenzione degli errori di comunicazione.

2.2. ANALISI DI SINISTROSITA' E RISARCIMENTI

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti (A)	N. Sinistri liquidati (A)	Risarcimenti erogati in €(A)
2022	10	13	871.110
2021	17	11	2.044.302
2020	25	11	989.592
2019	30	9	488.152
2018	22	4	86.114

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

2.3. POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto concerne la posizione assicurativa dell'Ospedale, la Provincia ha provveduto ad introdurre la gestione diretta con Circolare Prot. 968/11/003DG del 01.07.2011, integrata da successivo ordine di servizio n. 28 del 13.04.2015.

3. MATRICE DI RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

a) quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione, effettua l'analisi dei dati raccolti;

b) quella della Direzione Sanitaria Centrale e Locale che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;

c) quella della Direzione amministrativa che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;

d) quella della Direzione Generale dell'Ente che adotta il PARM con delibera o atto e si impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione ospedaliera le risorse e le opportune direttive (come ad esempio la definizione di obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Direttore Generale
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione PARM	C	C	C	R
Monitoraggio PARM	R	C	C	C
Analisi e valutazione dei dati	R	C	C	C

LEGGENDA
R: *responsabile*
C: *coinvolto*

Nella specifica realtà dell'ospedale Buon Consiglio, il 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 Sanitario ed 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 per quanto di competenza: il Servizio Infermieristico e Tecnico, Ufficio Relazione per il Pubblico, Servizio Informativo, Medicina del Lavoro.

4. OBIETTIVI

4.1. OBIETTIVI REGIONALI

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM ("Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" - dicembre 2022) gli obiettivi strategici sono i seguenti:

A. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;

B. 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;

C. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;

D. favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

4.2. OBIETTIVI AZIENDALI

Nel nostro ospedale la gestione degli eventi avversi e la crescita della cultura del rischio sono frutto di un lavoro di squadra di diversi gruppi interprofessionali ed interdisciplinari che lavorano su due livelli:

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

Sempre utilizzando questa metodologia operativa di lavoro e sulla scorta dell'individuazione regionale del setting degli obiettivi del Risk Management, di seguito vengono esplicitate le attività programmate per l'anno 2023.

OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1.1: Progettazione ed esecuzione di un "Corso di Gestione del Rischio Clinico"

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
LO STRUMENTO DELL'INCIDENT REPORTING	UN CORSO DI FORMAZIONE SUL CAMPO CHE INTERESSI I REPARTI DI DEGENZA DA EFFETTUARSI ENTRO GIUGNO 2023	UNA EDIZIONE DEL CORSO/ANNO	SI

ATTIVITÀ 1.2: Progettazione ed esecuzione di una edizione del Corso di Gestione su uno specifico Rischio

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL NEONATO: DALLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE ALLA PROCEDURA	UN CORSO DI FORMAZIONE PER IL DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE	17/04/2023	SI
PREVENZIONE DELL'ERRORE IN TERAPIA FARMACOLOGICA E DELLE INFEZIONI CON L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI PER LA TERAPIA INFUSIVA PRE-RIEMPITI	UN CORSO DI FORMAZIONE PER SALA OPERATORIA E TERAPIE INTENSIVE	settembre 2023	SI

ATTIVITÀ 1.3: Progettazione ed esecuzione di una edizione del Corso di Gestione Rischio Infettivo

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
PARTECIPAZIONE ALLA GIORNATA MONDIALE SULL'IGIENE DELLA MANI	UNA GIORNATA DEDICATA AL SAFETY WALK ROUND (SWR) NEI REPARTI DI DEGENZA, IN PRONTO SOCCORSO, NEGLI AMBULATORI OSSERVANDO E PROMUOVENDO LA CORRETTA IGIENE DELLE MANI	05/05/2023	SI
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: IGIENE DELLA MANI CON DIMOSTRAZIONE PRATICA ATTRAVERSO UTILIZZO DEL BOX DIDATTICO	UN CORSO DI FORMAZIONE SUL CAMPO CHE INTERESSI I REPARTI DI DEGENZAE SERVIZI DA EFFETTUARSI ENTRO NOVEMBRE 2023	ottobre - novembre 2023	SI

OBIETTIVO 2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 2.1: REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE CONNESSE AI SISTEMI OSPEDALIERI COMPLESSI

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Regolamento del Blocco Parto – Aggiornamento e percorso	Revisione In particolare focus on • Riavvio del Corso di preparazione al parto per le future mamme • Percorso della Partoanalgesia • Monitoraggio ambientale delle sale parto	Realizzazione della revisione	SI
Tutela della gravidanza fisiologica e Promozione dell'appropriatezza e della riduzione del taglio cesareo	Valutazione esiti Informatizzazione scheda Robson	Valutazione esiti con audit Report trimestrali su andamento casi distinti per Robson	SI
Regolamento del Blocco Operatorio – Aggiornamento e percorso	Revisione In particolare focus on • Sterilizzazione strumentario e dispositivi • Preparazione del paziente all'intervento	Realizzazione della revisione	SI

ATTIVITÀ 2.2: REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE CONNESSE ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Racc.: n° 3: corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Revisione della procedura e della check - list di sala operatoria Controlli da parte del GdL anche con il metodo SafetyWalk Round (SWR) Implementare con nuovo GESA	Realizzazione della revisione	SI
Racc. n° 4: prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Gruppo di lavoro sulla comunicazione interna	N° operatori che che aderiscono al gruppo di lavoro con Serv. Psicologia	SI
Racc.: 5: prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0	Revisione della procedura con check - list per il controllo della Frigoemoteca Nuova matrice di responsabilità Partecipazione al COBUS	Realizzazione della revisione Realizzazione Aggiornamento del	SI

	(Comitato Buon Uso Sangue) in collaborazione con SIT – AORN Santobono Pausillipon Implementazione sistema di segnalazione di eventi avversi e near miss	PBM (plain blood management) Realizzazione	
Racc. n° 6: prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Adesione ai PDTA Regione Campania (DGR 63/2023) su 1) prevenzione e gestione emorragia post-partum 2) prevenzione e disturbi ipertensivi in gravidanza	Realizzazione PDTA	SI
Racc. n° 7: Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Implementazione sistema di segnalazione di eventi avversi e near miss Procedure terapia infusiva e accessi vascolari nelle rianimazioni	Revisione Realizzazione delle procedure	SI
Racc. n° 8: Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Istituzione del Gruppo di lavoro sulla comunicazione interna e gestione rabbia	N° operatori che che aderiscono al gruppo di lavoro con Serv.Psicologia	SI
Racc. n° 13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Rivalutazione dei rischi ambientali Implementazione sistema di valutazione rischio intrinseco con informatizzazione scheda di Conley mod. in uso Revisione della procedura per la prevenzione e la gestione delle caduta del neonato	Effettuata a febbraio 2023 Realizzazione entro giugno Ralizzazione della revisione	SI

OBIETTIVO 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA SICUREZZA (PAZIENTE OPERATORI E STRUTTURE)

ATTIVITÀ 3.1: QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Aggiornamento del regolamento delle Liste di Attesa e nuovi strumenti di gestione	Procedura informatizzata con periodico monitoraggio del corretto utilizzo	Rilascio e avvio della procedura aprile 2023 Formazione agli utilizzatori aprile 2023	SI
Aggiornamento del percorso di Preospedalizzazione e avvio della informatizzazione	**Aggiornamento della procedura** informatizzata **per le discipline chirurgiche** con periodico	Rilascio e avvio della procedura aprile 2023	SI

	monitoraggio del corretto utilizzo	Formazione agli utilizzatori aprile 2023	
Azioni di miglioramento della qualità della cartella clinica	**Progressiva individuazione e digitalizzazione delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi ai ricoveri**	Avvio della procedura gennaio 2023 Formazione agli utilizzatori gennaio 2023	SI

ATTIVITÀ 3.2: IMPLEMENTAZIONE DELLE MODALITA' DI COMUNICAZIONE TRASVERSALE IN MERITO ALLE ICA

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Interventi mirati al coinvolgimento del gruppo centrale e dei facilitatori nei C-CICA (Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere)	Riunioni ordinarie e straordinarie del C-CICA	N° 4 RIUNIONI ORDINARIE /ANNUE	SI
Implementazione sistema di segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza	SORVEGLIANZA ATTIVA/PASSIVA In particolare focus on • infezioni/colonizzazioni da germi multiresistenti • segnalazione infezioni da COVID 19 per contact tracing	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	Audit per monitoraggio risultati e individuazione dei fattori correttivi	N° 2 AUDIT	SI

ATTIVITÀ 3.3.: VALORIZZARE LA QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE DEL NOSTRO OSPEDALE

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Definizione di strumenti di comunicazione al paziente	Revisione della Carta dei Servizi e del sito web	• Carte dei servizi • Brochure ai pazienti e caregiver	SI
Percorso del neoassunto alla scoperta degli aspetti organizzativi e carismatici	Revisione della procedura	• Carte dei servizi • Brochure per i neoassunti • Accesso al sistema intranet	SI

OBIETTIVO 4: PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 4.1: ADEMPIMENTI LEA

Attività	Pianificazione 2023	INDICATORI	STANDARD
Revisione delle Raccomandazioni Ministeriali via web	Questionario annuale piattaforma AgeNaS	Compilazione Questionario annuale	SI
Piano regionale cadute	Scheda rischi estrinseci	Compilazione annuale	SI
Partecipazione al SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità	• 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

5. Formazione

In attuazione del Piano di Formazione 2022 sono stati promossi corsi in presenza, sul campo e on line con l'obiettivo formativo di promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze per l'impegno nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana.

Durante l'anno 2022 su temi specifici sono stati accreditati presso l'AGENAS e quindi effettuati i seguenti eventi

- Corso di formazione residenziale per infermieri e medici

  LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI IN ENDOSCOPIA

  3 febbraio 2023

- Corso di formazione residenziale per infermieri e medici

  LA RETE ONCOLOGICA: OPPORTUNITÀ E CONFRONTO

9 maggio 2022

- Corso di aggiornamento teorico - pratico per medici neonatologi e ginecologi, infermieri e ostetriche

  7° UPDATE SULLE PROBLEMATICHE OSTETRICHE E NEONATOLOGICHE

  dove con l'uso di un setting clinico simulato sono state ricreati scenari di emergenza per la mamma e per il neonato in sala parto

  8-9 aprile 2022

- Progetto Formativo in Campo per medici e Infermieri

  CONSERVAZIONE E GESTIONE DEI FARMACI E DEI PRODOTTI FARMACEUTICI NEI REPARTI

  Riferimenti

  - Raccomandazione n°1 sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCL - ed altre soluzioni contenenti potassio
  - Raccomandazione Ministeriale n° 7 per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica
  - Raccomandazione Ministeriale n° 12 per la prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA
  - Raccomandazione Ministeriale n° 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

  GIUGNO 2022 - LUGLIO 2022

- Congresso per medici ortopedici - fisiatri - fisioterapici - infermieri di sala operatoria

  MEETING INTERATTIVO DI ARTROPLASTICA MINIINVASIVA DI ANCA E GINOCCHIO

  21 settembre 2022

- Corso di formazione residenziale per infermieri e medici

  Giornata di studio e di confronto OBESITA': FATTORE DI RISCHIO PER LA GRAVIDANZA

  29 ottobre 2022

- Progetto Formativo in Campo per infermieri e medici

  IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE E RICONDIZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI RIUTILIZZABILI

  riferimenti UNI TR 11408:2011 /UNI EN ISO 13485:2016

  ottobre 2022 - dicembre 2022

- Progetto Formativo in Campo per medici, biologi, infermieri, tecnici di laboratorio

LA CATENA DI CUSTODIA PER LE SOSTANZE D'ABUSO E ALCOOL: MODALITÀ ORGANIZZATIVE E OPERATIVE IN OSPEDALE

dicembre 2022

Oltre alla formazione accreditata ECM concepita dai bisogni formativi identificati 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
- Addestramento all'uso pratico dei dpi in particolare descrizione del processo di vestizione e svestizione
- Precauzioni standard igiene mani
- Gestione materiale infetto
- Igiene e sanificazione degli ambienti
- Gestione dei percorsi sporco-pulito

Inoltre, si è agito attraverso i seguenti strumenti:

1) Affissione della cartellonistica informativa ai fini di orientare gli operatori alle good practices:

- Procedura lavaggio delle mani
- Procedura igienizzazione delle mani con gel alcolico
- Check list "modalità" vestizione- svestizione
- Indicazioni percorsi pulito-sporco con l'utilizzo di cartellonistica da parete e adesivi posti sul pavimento
- Indicazioni aree pulite/ aree COVID-19
- Planimetria con dettaglio delle aree e dei percorsi

2) Esortazione a seguire corsi FAD riguardanti il tema "gestione emergenza COVID-19" erogati da organi quali: I.S.S; FNOPI; EPICENTRO

3) Formazione ed informazione dei neo-assunti e richiamo al mantenimento dei comportamenti di prevenzione minimi nella gestione della emergenza Covid-19 e del rischio infettivo in generale.

Per quanto riguarda la formazione 2023 si rimanda all'OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE (paragrafo 4) dove sono state schematizzate le attività relativa alla Progettazione ed esecuzione di un "Corso di Gestione del Rischio Clinico", di due Corsi su specifici Rischi, del Corso di Gestione sul Rischio Infettivo.

6. Modalità diffusione del PARM

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

- Presentazione del Piano all'Ufficio di Direzione;
- Presentazione del Piano all'interno dell'incontro tra Direzione e Responsabili di UUOO;
- Diffusione del Piano a tutti i responsabili di UUOO ed ai Coordinatori Infermieristici attraverso email;
- Iniziative di diffusione del Piano a tutti gli operatori;
- Pubblicazione sull'Intranet dell'ospedale;
- Pubblicazione sul sito Internet dell'ospedale https://www.ospedalebuonconsiglio.it/

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità 6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro !e Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie"

10. D.D. n. 35 DEL 08/02/2021 recante "istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente "
11. Legge Regione Campania n. 20 DEL 23/12/2015 recante "misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonchè migliorare i servizi ai cittadini"
12. Legge Regione Campania n. 6 DEL 05/04/2016 recante "Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell'economia Campania"
13. D.G.R.C. n° 99 del 16/12/2022 oggetto: Approvazione linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM"

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;