

# PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO

## **FATEBENEFRATELLI**

Centro Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 Tel. 06 3355906 – PEC: provincia\_romana\_fbf@legalmail.it – Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

Roma 29/03/2024

Prot. 1041 /24/003C

Al Direttore Sanitario Ospedale Sacro Cuore di Gesù

E p.c Al Direttore Sanitario Centrale Sede

Oggetto: Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARM)

Con la presente si approva il documento di codesta Direzione relativo all'adozione del PARM 2024 così come ricevuto con nota del 28.03 u.s.

Per quanto sopra si invita a voler procedere i conseguenti adempimenti

Cordiali saluti

Il Direttore Generale Fra Pietro Dr./Cicinelli

Fax 06.9390052

Fax 0824.47935



Prot.) 1/1 DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Pio Vecchione	Risk Manager	14/03/2024	Fr Vew .
REDAZIONE	Mariacarmela Ferraro	UOS qualità e appropriatezza	14/03/2024	Taxtare )
REDAZIONE	Mariagrazia Cancellieri	Dirigente medico DS	14/03/2024	March .
VERIFICA	Pio Vecchione	Risk Manager	28/03/2024	Sylene.
APPROVAZIONE	Fra Pietro Cicinelli	Direttore Generale	29/03/2024	I / Má

Sommario	
1. INTRODUZIONE	.,2
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
3. ATTIVITA' CORRELATE ALLE ICA (INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA) - CIO (COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE)	10
4. SISTEMI DI SORVEGLIANZA	12
5. COMITATO BUON USO DEL SANGUE	
6. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	
7. OBIETTIVI REGIONALI	
8. OBIETTIVI AZIENDALI 2024 in linea con quelli Regionali	
9. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2024	
10. ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2023	31
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM	3 <b>.5</b>
12. RIFERIMENTI NORMATIVI	35
13.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	<b>3</b>



Prot.241/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

#### 1. <u>INTRODUZIONE</u>

Il piano annuale di Risk Management declinato nelle pagine che seguono unitamente ai documenti di indirizzo regionali emanati dalla Regione Campania sul Rischio Clinico, si muove lungo una traiettoria da tempo tracciata dal Fatebenefratelli: quella di una costante attività di implementazione e miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Il "rischio clinico" in ambito sanitario si riferisce alla possibilità che si verifichino eventi avversi o danni ai pazienti durante l'erogazione delle cure mediche. Questi eventi possono derivare da errori medici, inadeguatezze nei processi di cura, problemi organizzativi o altre circostanze che possono compromettere la sicurezza del paziente. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute.

Il concetto di rischio clinico è strettamente legato a detta sicurezza ed all'obiettivo di ridurre al minimo la possibilità di danni non intenzionali durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico". E' indispensabile per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico di sicurezza dei pazienti e "clinical governance". Questi 2 aspetti sono strettamente connessi.

Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

Ne consegue che gli sforzi per gestire il rischio clinico includono la valutazione dei processi clinici, la formazione del personale sanitario, l'implementazione di procedure di sicurezza, la promozione di una cultura della sicurezza e la raccolta e l'analisi dei dati sugli eventi avversi.

Le organizzazioni sanitarie spesso adottano approcci sistematici per identificare, monitorare e mitigare il rischio clinico.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

Anche a livello nazionale, nel febbraio 2015, nella Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di adeguamenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie sono stati definiti modalità e tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico".



Prot27(/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

Tra i 28 requisiti essenziali è stata inclusa anche l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, che comprenda anche la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

La recente normativa italiana nel DM 70/2015 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" riporta le stesse necessità per le strutture ospedaliere sparse sul territorio.

In essa tra le altre cose si mette in risalto la necessità della presenza documentata e formalizzata di sistemi di raccolta dati sulle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza), sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure atte a garantire l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, presenza di protocolli per la profilassi antibiotica e di procedure per il lavaggio delle mani.

Ciò ha portato ad un'implementazione della creazione di protocolli di sicurezza, la standardizzazione delle pratiche cliniche, l'uso di tecnologie informatiche per migliorare la precisione e la sicurezza delle procedure mediche, nonché la promozione di una cultura aperta e trasparente in cui gli errori possono essere segnalati e analizzati per migliorare la qualità delle cure. Nel contesto di detto discorso la recente emergenza Coronavirus, che ha messo a dura prova tutte le organizzazioni sanitarie, ha reso drammaticamente attuale quanto si diceva sopra aprendo ad una nuova opportunità, se la politica per la qualità e la sicurezza delle cure, sarà, finalizzata ad aggiornare i processi aziendali.

In definitiva, il gestire il rischio clinico è una componente cruciale della gestione della qualità e della sicurezza nelle istituzioni sanitarie, con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo delle cure e la prevenzione degli eventi avversi.

### Pertanto l'Azienda si muoverà anche nel presente anno verso:

- 1. una migliore comprensione del contesto in cui si opera;
- 2. una maggiore capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la comunicazione tra i professionisti;
- 3. migliorare la comunicazione con i pazienti e i caregiver;
- 4. condivisione ed implementazione di procedure Aziendali per la prevenzione degli errori,
- 5. riduzione del contenzioso.



Prot.27(/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

### 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento è una struttura di assistenza sanitaria appartenente alla Provincia Religiosa di San Pietro dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, Ospedale Classificato DPGR Campania del 1974 centrato sulle scienze della salute. L'Ospedale è organizzato con Modello di tipo Dipartimentale con Delibera Presidenziale del 17/12/2003 n. 5/03/003C e successivi aggiornamenti n. 177/2/B e n.61 del 7/07/2009.

Autorizzazione all'Esercizio ed Accreditamento DCA 33 e 34 del 2018.

La finalità dell'Ospedale improntata sull'ideale della clinical governance privilegia il rapporto umano con il paziente assicurando la massima qualità dei servizi erogati in un ambiente caratterizzato da elevata professionalità e da sincera dedizione. Grazie ad una rinnovata sensibilità e all'umanizzazione della medicina, l'Ospedale si prende cura del paziente nell'unità dei suoi bisogni materiali e spirituali, secondo una concezione della vita aperta ai valori Cristiani.

La preparazione e l'attitudine umana e professionale del personale è volta ad un lavoro multidisciplinare e interprofessionale. Il paziente e la persona è centrale nell'attenzione ed è seguito in modo particolare in tutti i propri bisogni umani e sanitari.

Per mantenere alti gli standard dell'assistenza in unità con la Mission dell'Ospedale si pone particolare enfasi all'aggiornamento ed allo sviluppo professionale di tutto il personale medico e infermieristico. A tal proposito vengono promossi meeting clinici multidisciplinari, congressi e seminari. Questo fa del Fatebenefratelli anche un centro di riferimento culturale e scientifico per la provincia di Benevento.

Nell'ordine di servizio n.28 del 13.04.2015 si legge: "la Provincia religiosa è da tempo impegnata in una attività di riduzione dei rischi a tutela dei pazienti e degli operatori creando un sistema di "gestione dell'errore"......creando una specifica struttura aziendale dedicata al Risk Management. Tutto questo trova sintesi nell'ambito del Piano Aziendale per la Qualità della Provincia Romana FBF. In questo ambito si acquisiscono programmi ed obiettivi della Regione Campania calandoli nelle realtà delle specifiche attività dell'Ospedale.



Prot.24/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## **ANNO 2024**

## a) Dati Strutturali e dati di attività

## OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - FATEBENEFRATELLI

DATI	TERRITORIALI
Estensione territoriale	Km <sup>2</sup> 2070,5 (A.S.L. Benevento)
Popolazione residente	288.560 (A.S.L. Benevento)
Distretti sanitari	5 (A.S.L. Benevento)
Presidi Ospedalieri pubblici	1 pubblico, 1 Classificato
DAT	I STRUTTURALI
Posti letto ordinari totali	203
Posti letto ordinari Area Medica	76
Posti letto ordinari Area Chirurgica	73
Posti letto ordinari Area Materno-infantile	46 (compresi i 6 p.l. UTIN)
Posti letto diurni (compresi nel computo totale)	16
Servizio Trasfusionale	SIT A.O.R.N. S. Pio
Blocchi Operatori	n.5 (Blocco II piano, V piano, Blocco Parto, III piano,
	Emodinamica)
Sale Operatorie	11
Terapie Intensive	UTIR – UTIC - UTIN
UTIR – UTIC - UTIN	4 p.l., 4 p.l., 6 p.l.
Dipartimenti Strutturali SPDC	<b>4</b>
	TIVITA' AGGREGATI
Ricoveri ordinari	10.097
Accessi PS	22.043
Branche Specialistiche	16
Ricoveri diurni	1.241
Accessi diurni oncologici	4.829
Neonati o parti	1.011 parti
Prestazioni ambulatoriali	904.448



Prot.27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

L'Ospedale eroga le seguenti prestazioni principali:

- ≈ Pronto Soccorso
- ≈ Prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuzie
- ≈ Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- ≈ In Emergenza è sede di Pronto Soccorso: Generale

### Reti Assistenziali Regione Campania

- ≈ Sede di Pronto Soccorso
- ≈ Assistenza Perinatale: I livello Rete Perinatale con UTIN
- ≈ Rete Cardiologica: riconoscimento centro Spoke con Emodinamica
- ≈ Rete Trauma: riconoscimento di PST
- ≈ Rete Oncologica: inserimento nella Rete Oncologica Campana.
- ≈ Tumori del Colon Retto: centro di Endoscopia e Trattamento DCA U00030/ 2017
- ≈ Screening mammella e cervice uterina: convenzione con ASL BN1 (Del. Dir. Gen. n. 19 del 31.10.2018)

### La degenza avviene attraverso i ricoveri che possono essere:

- 1. urgenti
- 2. programmati
- 3. a ciclo diurno (Day Hospital o Day Surgery)

Sia i ricoveri programmati che a ciclo sono preceduti da una pre-ospedalizzazione che garantisce uno snellimento delle procedure che altrimenti graverebbero sulle giornate di degenza con un aggravio dei costi di gestione.

In fase di pre-ospedalizzazione si eseguono tutti gli esami e le visite di consulenza propedeutiche al ricovero nonché la valutazione da parte degli anestesisti del rischio operatorio secondo la classificazione ASA.

### Assistenza ambulatoriale specialistica

Presso l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù è attivo un sistema di assistenza specialistica avanzato e variegato che comprende:



Prot271/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

- ambulatori di specialità mediche: Allergologia, Oncologia, Cardiologia,
   Dermatologia, Endocrinologia, Diabetologia, Pneumologia,
   Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva, Neurologia, Anestesiologia;
- ambulatori di specialità chirurgiche: Chirurgia generale, Urologia, ORL, Oculistica,
   Ortopedia, Senologia;
- ambulatori Materno-Infantile: Ostetricia, Ginecologia, Pediatria e Neonatologia;
- Servizi: Fisiokinesiterapia Laboratorio Analisi e Radiologia)

A tutte queste attività si accede attraverso un sistema di prenotazioni interno ed agganciato, per le specialistiche accreditate a partire dal secondo semestre 2023, al CUP Regionale Campano.

Inoltre è attivo un sistema di proposta sanitaria articolata in PACC (pacchetti ambulatoriali coordinati) di tipo chirurgico, ortopedico, ginecologico, oculistico, urologico, Terapia del Dolore, DH Medicina.

### b) Risk Management – organizzazione funzionale

L'Organizzazione aziendale del Risk management segue il seguente diagramma:

Risk Manager coordina	a la gestione del Rischio, riunisce il Comitato, redige il PARM annuale
Comitato Risk Management	Risk Manager (Direttore Sanitario), Dirigente Assistenza Infermieristica, Responsabili Dipartimenti, Responsabile SPP, Responsabili Qualità, Medici delle varie aree funzionali, Servizio Farmaceutico, Direttore Amministrativo.
Comitato Infezioni Ospedaliere	Direttore Sanitario, Referente UOS Qualità, DAI, RR.SS.CC./Referenti Medici delle varie aree funzionali, Direttori di Dipartimento, Farmacisti, Resp. Patologia Clinica, Coordinatori infermieristici discipline interessate
Commissione Valutazione Sinistri Locale e Centrale	Direttore Sanitario Centrale e Locale, Direttore Centrale del Personale, Direttore Affari Legali, Direttore Amministrativo, Dirigenti Medici interessati, Direttori UOC interessati, Responsabile Ufficio Personale, Consulenti Medico-Legali, Fiduciario civile e penale della Amministrazione
Comitato Buon Uso del Sangue	Referente SIT San Pio, Direttore Sanitario, Responsabile Qualità, Anestesista, Coordinatrice Blocco Operatorio

I Comitati sono stati riattivati con nota prot. 341/21/DS del 22.05.2021



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

GOST 121 BOTTO	Dir. San	Dir. Gen	Dir. Amm
Redazione del PARM	R	C	C
Adozione del PARM	C	R	<u>C</u>
Monitoraggio del PARM	R	С	<u>C</u>
Analisi Valutazione	R	С	<u>C</u>

#### c) Eventi avversi e risarcimenti

Per quanto concerne la posizione assicurativa dell'Ospedale Sacro Cuore FBF, si evidenzia che la Provincia Religiosa titolare, ha provveduto ad introdurre la gestione diretta con Circolare Prot. 968/11/003DG del 01.07.2011, integrata con successivo Ordine di Servizio n. 28 del 13.04.2015.

## Relazione consuntiva sugli eventi avversi anno 2023

In ottemperanza alle Legge n.24/2017 art.2 comma 5, si riporta che nel corso del 2023 sono state effettuate 12 segnalazioni spontanee di eventi di cui 10 relative a cadute del paziente. Una segnalazione proveniente dal reparto di Urologia era riferita ad un'errata richiesta di esami ematochimici. Una segnalazione proveniente dal reparto di Pronto Soccorso era riferita a violenza su operatore sanitario. Per quanto attiene alle cadute 1 classificabile come Near Miss, 7 come Eventi Avversi, 2 Evento sentinella.

Tabella 1- Eventi avversi

Tipo di evento	N. eventi	Disciplina	Contesto organizzativo
Caduta pz	5	Medicina	Ricovero ordinario
	2	Chirurgia II	Ricovero ordinario
	2	Pronto soccorso	Ricovero urgente
	1	Cardiologia	Ricovero ordinario
Errata richiesta esami ematochimici	1	Urologia	Ricovero ordinario
Violenza operatore sanitario	1	Pronto Soccorso	Urgenza/Emergenza

Tabella 2- Eventi segnalati (art.2,c.5 della L. 24/2017)



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

Tipo di evento	Numero e % sul totale degli eventi	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1 (25%)	100%	Strutturali (53%) Tecnologici (0%)	Strutturali (50%) Tecnologici (0%)	Sistema di reporting interno
Eventi avversi	8 (67%)	87,5%	Organizzativi (30%) Procedure/	Organizzativi(30%) Procedure/	interno
Eventi sentinella	3 (25%)	66.6%	comunicazioni(17%)	comunicazioni(20%)	

Per quanto concerne i 3 eventi sentinella segnalati:

- 1. il primo evento sentinella è stato un episodio di violenza a danno di un operatore sanitario presso i locali del Pronto Soccorso. I principali fattori contribuenti l'evento sono stati individuati nel mancato deterrente individuabile nella figura delle Forze dell'Ordine e come azioni di miglioramento l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù ha provveduto all'adozione di una linea diretta con la Polizia di Stato attiva 7 giorni su 7 H24, nonché la presenza di un agente di Polizia di Stato in fascia diurna;
- 2. il secondo evento sentinella vedeva la caduta di un paziente presso la stanza di degenza con sequele maggiori, tanto da richiedere la necessità di intervento chirurgico ed allungamento della degenza. La problematica è da inserirsi nell'ambito dei fattori contribuenti organizzativi/comunicativi ed ha necessitato di un intervento per la maggiore condivisione delle procedure e delle informazioni. In tal senso si è provveduto ad Audit con il reparto interessato;
- 3. il terzo evento sentinella vedeva la caduta di un paziente di Pronto Soccorso in prossimità della sala gessi con trauma maggiore e necessità di cure specialistiche ed indagini radiologiche. Dalle analisi effettuate sono emersi quali fattori contribuenti l'evento la presenza di barriere architettoniche che si è provveduto ad abbattere con il contributo dell'ufficio tecnico.



Prot24/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2023	24	13	2.595.800
2022	24	18	600.127
2021	30	21	1.848.424
2020	34	8	858.759
2019	45	10	1.036.314
2018	27	8	100.741

<sup>(</sup>A) Sono riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio sanitario escludendo quelli riferiti a danni di altra natura

## 3. <u>ATTIVITA' CORRELATE ALLE ICA (INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA) - CIO (COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE)</u>

L'Ospedale Sacro Cuore di Gesù, nel rispetto di quanto introdotto dalla Circolare Ministeriale n. 52/1985, è dotato di un Comitato per le Infezioni Ospedaliere come da Regolamento interno del 5/06/2017- Nota DS prot. 341/21/DS.

Il Comitato è composto dal Direttore Sanitario/delegato, referente del sistema Qualità, dirigente infermieristico, infermiere epidemiologo di DS, RR.SS.CC/referenti medici delle varie aree funzionali, servizio farmaceutico, patologo clinico/microbiologo, infettivologo, tre coordinatori infermieristici individuati per area medica, area chirurgica e area rianimazione, ed eventuali consulenti esterni.

Il CIO ha funzione di programmazione, coordinamento, verifica e sintesi di tutte le attività di prevenzione, sorveglianza, controllo delle ICA, monitoraggio quali-quantitativo dell'uso degli antibiotici, di formazione e coinvolgimento del personale sanitario.

Le attività svolte nell'anno 2023 hanno perseguito le priorità indicate dalla riunione annuale del 6 dicembre 2022 (verb. Prot. 1130/22/DS del 27/12/2022).

In particolare, un sottogruppo del Comitato, composto da medico DS, infermiere DS, referenti infermieristici per area medica, chirurgica e rianimazione, con funzioni operative, si è riunito il



Prot.27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

20/06/2023 e il 30/11/2023 per dar seguito ad alcuni dei punti individuati nella riunione annuale 2022 del Comitato. Quale attività di prevenzione e sorveglianza, il gruppo ha prodotto la procedura aziendale "Controllo e sorveglianza delle infezioni da clostridium difficile" prot. 1032/23/DS del 22/12/2023, ha elaborato ed analizzato i risultati dell'indagine relativa alla presenza di casi di infezione da Acinetobacter Baumannii e i risultati dei sopralluoghi svolti dalla DSC, identificando le potenziali fonti di contaminazione su cui andrà posta attenzione e vigilanza. Ha valutato di verificare la possibilità di migliorare la gestione dei patrimoni venosi dei degenti mediante l'utilizzo di accessi venosi centrali ad inserzione periferica; ha valutato di rivedere il Regolamento di Sala Operatoria prevedendo l'implementazione di un capitolo sulla gestione dei portatori di multiresistenti.

Nel secondo semestre del 2023 si è inoltre riunito un sottogruppo operativo del Comitato costituito da medico DS, infermiere DS, microbiologo e Direttore UOC Patologia clinica in data 09/11/2023 e 07/12/2023 al fine di programmare e valutare gli esiti del monitoraggio ambientale delle sale operatorie e reparti critici come da LLGG ISPESL relative agli standard di sicurezza di igiene del lavoro nel reparto operatorio e procedura interna "Procedura per il controllo microbiologico ambientale nelle sale operatorie SRic7 BN7-8" prot 569/DS/2022. L'indagine, che ha coinvolto il blocco operatorio e la UTIN-neonatologia, non ha evidenziato superamenti dei valori soglia.

Durante l'anno 2023 sono stati avviati i lavori per la stesura di una procedura aziendale per i protocolli di terapia antibiotica in terapia intensiva secondo il principio dell'antimicrobial stewardship come da LLGG DD N.44 DEL 19/02/2018, con il coinvolgimento dei medici DS, infermiere epidemiologo e degli anestesisti-rianimatori referenti CIO per l'UTIR, verificata ed approvata con prot. 30/23/DS del 07/07/2023.

Nel corso del II semestre, la DS insieme all'ufficio tecnico, ha affrontato un superamento dei valori soglia per la Legionella pneumophila che ha richiesto, come da DVR, l'esecuzione di interventi straordinari di iperclorazione il 25-26/09/2023. Sono stati segnalati all'ASL durante l'anno 2023, 4 pazienti con antigene urinario positivo alla legionella pneumophila.

La riunione annuale del Comitato si è tenuta in data 26/10/2023 (verbale Prot. 890/23/DS). Sono state individuate come priorità di intervento per il 2024:



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

- il miglioramento del flusso di informazioni relativamente al verificarsi di infezioni correlate all'assistenza dai reparti alla Direzione Sanitaria al fine di consentire una migliore gestione del rischio infettivo e un ritorno di informazioni, aggregate e commentate, di nuovo ai reparti per la definizione insieme delle strategie di intervento;
- la necessità di tracciare mediante verbali di incontro le riunioni svolte sui vari temi inerenti il rischio infettivo al fine di dare dimostrazione delle attività svolte;
- affrontare il tema della corretta gestione degli antibiotici secondo il principio dell'antimicrobial stewardship così come formalmente richiesto dalla cabina di regia per le strutture private e accreditate costituitasi presso la ASL di Benevento di cui l'Ospedale, mediante suoi rappresentanti, fa parte;
- sono stati formalizzati tre gruppi di lavoro.

### 4. SISTEMI DI SORVEGLIANZA

## Indagine di prevalenza puntuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Come previsto dal Piano Aziendale della Qualità e dal Piano Annuale Risk Management del Sacro Cuore è stata effettuata la rilevazione della prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e rilevazione di ulteriori dati di reparto (carrello delle emergenze, gestione gorgogliatori, presidi igienizzazione mani, scadenza a campione dei farmaci da frigo).

La rilevazione è stata effettuata il 19 luglio 2023 in una singola giornata dalla direzione sanitaria locale e centrale in modo congiunto dopo un lavoro di analisi delle cartelle che ha preceduto la fase sul campo e con la collaborazione delle caposala (o delle loro sostitute) e dei medici dei seguenti reparti:

- 1. oncologia
- 2. chirurgia generale
- 3. chirurgia d'urgenza
- 4. ortopedia
- 5. urologia



Prot.2-1/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

E' stato seguito il protocollo ECDC aggiornato (Protocol version 6.1, ECDC PPS 2022-2023) in termini di inclusione/esclusione dei pazienti, definizione di caso, utilizzo di antibiotici, McCabe score, ecc. Su un totale di 49 rilevazioni è stato riscontrato 1 caso di ICA (acinetobacter baumanji, reparto di oncologia) – con una percentuale di prevalenza del 2%.

I dati verranno valutati in modo approfondito con ulteriore analisi correlata all'utilizzo degli antibiotici, considerato il lavoro di ottimizzazione sviluppato nella seconda metà del 2023

Relativamente alle ulteriori rilevazioni si evidenzia:

Presenza delle Check list di controllo in tutti i carrelli delle emergenze compilati, ma talvolta non siglati. Carenza nella trascrizione dei controlli dei defibrillatori. Presidi e farmaci completi

Gorgogliatori: presenza di gorgogliatori pluriuso (tranne in oncologia) per i quali viene rinnovata la procedura di gestione. Previsione di sostituzione con presidi monouso.

Presenza di gel idroalcoolico in tutti i reparti in più punti di erogazione.

Il controllo a campione dell'armadio farmaceutico di reparto non ha evidenziato criticità.

## Sorveglianza basata sui dati di laboratorio

Per l'annualità 2023 sono stati analizzati i dati provenienti dal database in uso alla UOC di patologia clinica per la refertazione delle indagini di laboratorio indicativi di campioni risultati positivi alla ricerca dei patogeni attualmente sottoposti a monitoraggio: acinetobacter baumannii, pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, E.Coli, enterococchi, stafilococchi, streptococchi, candida, serratia, salmonella, citrobacter, haemofilus, anaerobi.

La frequenza di isolati positivi ai patogeni sopramenzionati è stata calcolata identificando come denominatore per UTIC, UTIN e UTIR il totale dei pazienti presenti in reparto durante l'anno, considerato che tali UU.OO. non possono dimettere ma solo trasferire presso altri reparti di degenza, mentre, per gli altri reparti, è stato considerato come denominatore il numero totale dei dimessi indicato dalla statistica SIO.



Prot2<u>4</u>/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

Reparto	UTIN presenti	UTIC presenti	UTIR presenti	CHIR I dimessi	CHIR 2 dimessi	GIN-OST dimessi	ORTOP dimessi
Patogeno	152	362	305	1.072	1,360	1.675	1.109
ACINETOBACTER	0	0	7 (2.3%)	4 (<0.1%)	0	0	0
PSEUDOMONAS	3 (2.0%)	5 (1.4%)	0	29 (2.7%)	5 (0.4%)	0	6 (<0.1%)
KLEBSIELLA	4 (2.6%)	1 (<0.1%)	35 (11.5%)	8 (<0.1%)	5 (0.4%)	1 (<0.1%)	2 (<0.1%)
E. COLI	7 (4.6%)	5 (1.4%)	14 (4.6%)	41 (3.8%)	20 (1.5%)	7 (<0.1%)	5 (<0.1%)
ENTEROCOCCHI	4 (2.6%)	14 (3.9%)	21 (6.7%)	11 (1%)	4 (0.2%)	2 (<0.1%)	8 (<0.1%)
PROTEUS	0	0	24 (7.9%)	41 (3.8%)	0	l (<0.1%)	0
STAFILOCOCCHI	7 (4,6%)	9 (2.5%)	13 (4.3%)	57 (5.3%)	16 (1.2%)	2 (<0.1%)	22 (<0.1%)
STREPTOCOCCHI	0	3 (<0.1%)	0	0	0	0	0
CANDIDA	0	0	2 (0.7%)	0	7 (0.5%)	0	0
SERRATIA	0	0	4 (1.3 %)	4 (<0.1%)	0	0	0
SALMONELLA	0	0	0	0	0	0	0 ,
CITROBACTER	1 (<0.1%)	2 (<0.1%)	0	4 (<0.1%)	0	O	O
HAEMOFILUS	0	Ö	1 (<0.1%)	0	0	0	0
ANAEROBI	0	2 (<0.1%)	10 (3.3%)	3 (<0.1%)	3 (0.2%)	0	0

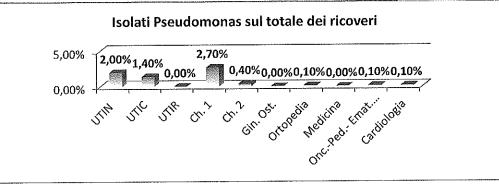


Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

Reparto	MED DIMESSI	ONC+PED+D DIMESSI	CARD DIMESSI
Patogeno	779	792	2.014
ACINETOBACTER	34 (4.4%)	0	2 (<0.1%)
PSEUDOMONAS	0	9	9 (<0.1%)
KLEBSIELLA	35 (4.5%)	14 (<0.1%)	8 (<0.1%)
E. COLI	38 (4.9%)	32 (<0.1%)	8 (<0.1%)
ENTEROCOCCHI	21 (2.7%)	12 (<0.1%)	10 (<0.1%)
PROTEUS	24 (3.1%)	0	6 (<0.1%)
STAFILOCOCCHI	69 (8.9%)	40 (<0.1%)	6 (<0.1%)
STREPTOCOCCHI	3 (0.3%)	1 (<0.1%)	0
CANDIDA	5 (0.6%)	0	6 (<0.1%)
SERRATIA	2 (0.3%)	0	0
SALMONELLA	4 (0.5%)	0	0
CITROBACTER	3 (0.3%)	2 (<0.1%)	0
HAEMOFILUS	0	0	0
ANAEROBI	0	0	0

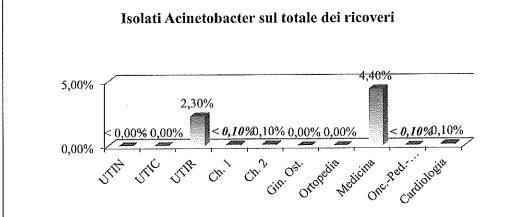


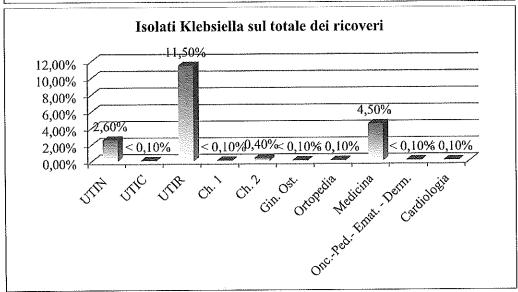


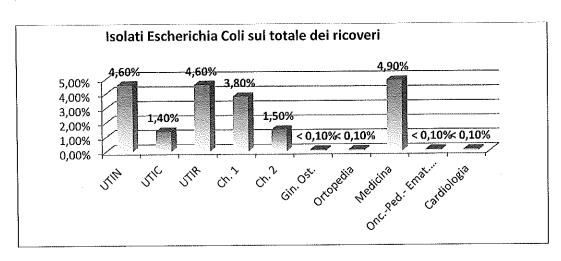
Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento





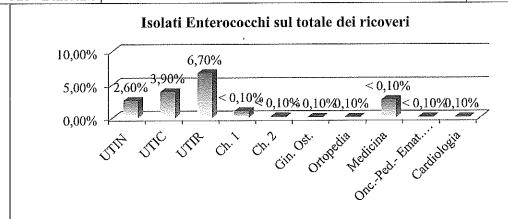


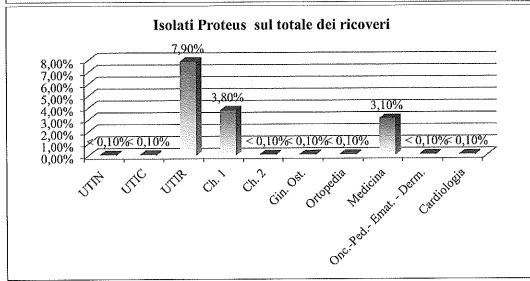


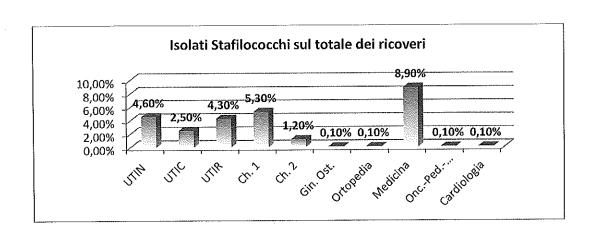
Prot271/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento





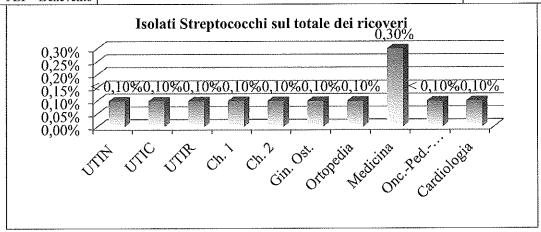


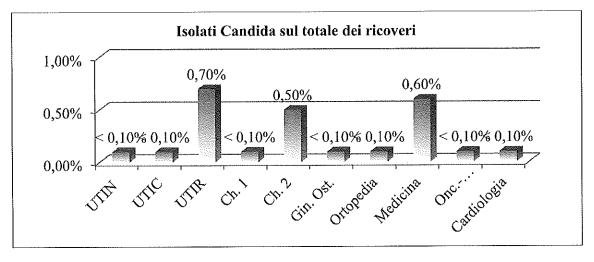


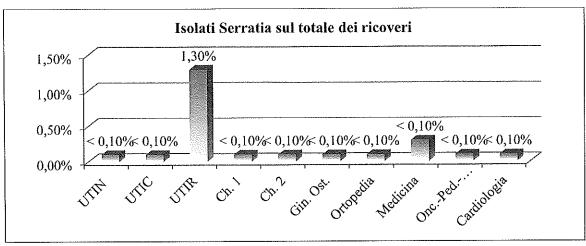
Prot27//DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento





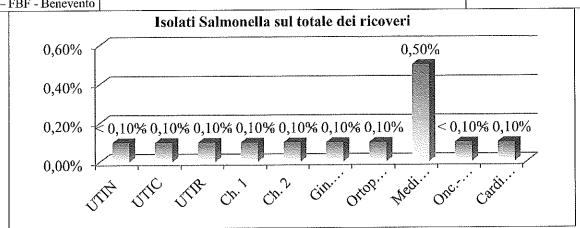


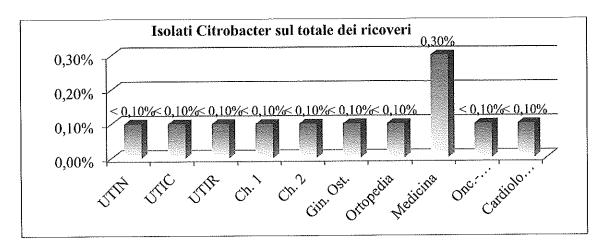


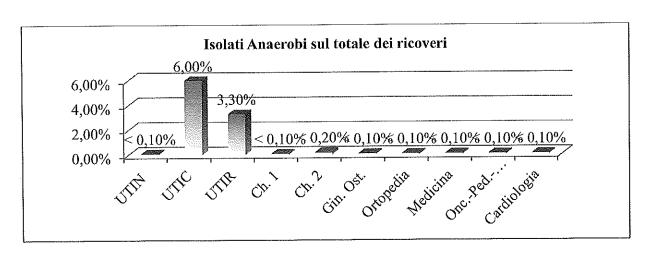
Prot.27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento









Prot.27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

### 5. COMITATO BUON USO DEL SANGUE

Presso l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù è attivo un Comitato per il buon uso del sangue il cui coordinamento è in capo alla Direzione Sanitaria. Quotidianamente viene verificata la presenza di sacche in giacenza nella frigoemoteca ospedaliera ed eseguita la tracciatura di ogni sacca (nome, cognome, reparto, data di arrivo, data prevista di riconsegna al SIT, gruppo ABO e fattore Rh, numero identificativo della sacca, data di scadenza). Le attività connesse all'utilizzo degli emocomponenti sono descritte nel documento interno "Attività di richiesta di emogruppo ed eventuali prove di compatibilità" nel rispetto del D.M. 3 marzo 2005 "Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti".

E' stata convocata in data 27/10/2023 la riunione annuale per il Comitato Buon Uso del Sangue al fine di rilevare eventuali criticità. Durante l'anno 2023, non si sono verificati eventi avversi connessi all'attività di utilizzo degli emocomponenti.

Nell'ambito di questo comitato è stata presentata la nuova procedura sul corretto utilizzo dell'albumina, discussa ed integrata con le osservazioni dei presenti. Tale tematica di importante rilievo sia clinico, vista la scarsa disponibilità in commercio del prodotto, sia dal punto di vista economico per una razionalizzazione dei consumi in linea alle direttive del SSR. Tale procedura, prot. 917/DS/2023, è stata divulgata ed adottata da parte delle varie UUOO della nostra Struttura.

Le Raccomandazioni Ministeriali si occupano del problema delle reazioni avverse con la n.5 "La reazione trasfusionale da incompatibilità ABO". Essa rappresenta un importante evento sentinella drammatico ed è sempre dovuto ad errore.

Di seguito i dati delle attività svolte nel 2023:

Emocomponenti 2023							
	Trasfuse	Restituite	Totale	% Trasfuse	% Restituite		
Emazie Concentrate (EC)	1782	990	2772	64,29%	35,71%		
Plasma Fresco Congelato (PFC)	36		36	100,00%	0,00%		
Emazie Concentrate Pediatriche	7		7	100,00%	0,00%		
Piastrine (PLT)	49	2	51	96,08%	3,92%		
Totale	1874	992	2866	65,39%	34,61%		



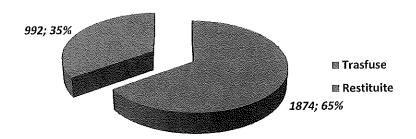
Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

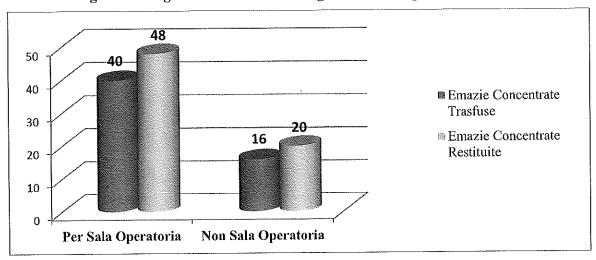
**ANNO 2024** 

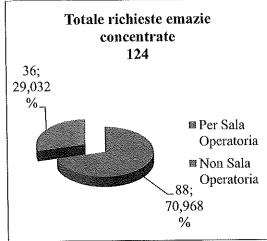
Prot.27/DS/2024

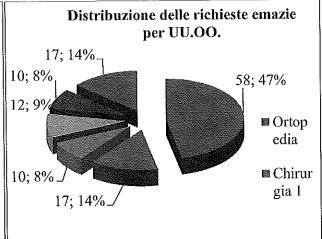
Stesura Marzo 2024



## Analisi dettagliata delle giacenze di sacche in frigoemoteca nel periodo1-31 agosto 2023









Prot2<del>7</del> √DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

## 6. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le Raccomandazioni Ministeriali per la gestione del Rischio Clinico rappresentano uno strumento efficace di gestione per le Aziende.

Esse possono essere annoverate tra le "buone pratiche" perché sono finalizzate alla prevenzione degli errori ed alla sicurezza in sanità.

L'Ospedale Fatebenefratelli è molto attento nell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali consapevoli che l'aggiornamento di esse ottimizza l'efficienza sanitaria e riduce il rischio clinico nelle attività operative dell'azienda.

Del resto l'applicazione delle Raccomandazioni induce negli operatori una migliore consapevolezza del rischio e degli errori a cui si viene sottoposti nello svolgimento della propria attività.

L'implementazione delle Raccomandazioni, inoltre, nel SSN è inserita tra i criteri con cui il Ministero valuta l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Il Ministero a tal proposito, in collaborazione con l'AGENAS ha da tempo predisposto sistemi di monitoraggio.

Il rispetto delle Raccomandazioni diventa un punto focale e di forza dal punto di vista medicolegale in caso di contenzioso da evento avverso.

#### RACCOMANDAZIONI

Numero	Titolo	Data	Allegati
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaccutiche orali solide	Novembre 2019	-
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	-
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	All.1 alla raccomandazione 15 (doc, 30 Kb) All.2 alla raccomandazione 15 (doc, 180 Kb)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici  In fase di aggiornamento	Novembre 2012	-
auch is A Printing of A Printing	In fase di aggiornamento		and the second s



Prot271/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## **ANNO 2024**

## RACCOMANDAZIONI

Devenzione degli errori in terapia con farmaci "Look_allike"   Agosto 2010   All_1 alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)	Numero	Titolo	Data	Allegati
Agosto 2010 All. I alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)  Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto fintraospedalicro, extraospedalicro)  Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati  Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati  Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati  All. I alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)  All. I alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)  All. I alla raccomandazione 2 (doc, 100 Kb)  (In fase di aggiornamento)  Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari  (In corso di aggiornamento)  Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica  (In fase di aggiornamento)  Marzo 2008  All. I alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. Jalla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultuti dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb)  All. Jalla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultuti dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb)  All. Jalla raccomandazione 7 (pdf, 80 Kb)  All. Jalla raccomandazione 7 (pdf, 80 Kb)  All. Jalla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb)  All. Jalla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  Prevenzione della morte materna correlatu al travaglio e/o parto  Gennaio 2020  (pdf, 12 Kb)  All. Jalla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. Jalla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. Jalla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All. Jalla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All. Jalla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 12 All. Jalla raccoma	3	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	All.1 alla raccomandazione 13 (doc, 176 Kb)
rasporto (intraospedalicmo, extraospedalicmo)  Prevenzione dell' osteonecrosi della mascella/mandibola da bifostonati  Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicati  (In fase di aggiornamento)  All. I alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con ri sultati dell'indagine 2008 (In fase di aggiornamento)  All. I alla raccomandazione 7 - Seconda interpreta inte	2		Agosto 2010	All.1 alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)
Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali  Aprile 2009  All. 1 alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)  (In fase di aggiornamento)  Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari  (In corso di aggiornamento)  Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica  (In fase di aggiornamento)  All. 1 alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. 2 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2006 (qof, 3 Mb)  All. 2 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (qof, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 6 - Integrazione (poff, 125 Kb)  All. 1 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  Prevenzione della morte matema correlata al travaglio e/o parto  All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. 1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per agrantire la corretta identificazione (pdf, 90 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd Kb)  All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd Kb)  All. 3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. 3 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)  All. 3 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)	1		Gennaio 2010	All.1 alla raccomandazione 11 (doc, 178 Kb)
Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali  Aprile 2009  All. I alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb)  All. I alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All. I alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All. I alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 9 Mb)  All. I alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  All. I alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per agrantire la corretta identificazione pdf, 90 Marzo 2008  All. I alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 1 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 2 All. 2 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)	0	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	All.1 alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica  (In fase di aggiornamento)  Marzo 2008  Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto  Marzo 2008  All.1 alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)  All.2 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb)  All.2 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2010 (pdf, 3 Mb)  All.3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2010 (pdf, 2 Mb)  All.3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All.3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All.3 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All.3 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb)  All.4 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb)  All.1 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fas i per garantic la corretta identificazione (pdf, 90 All.3 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 - Le 5 fas i per garantic la corretta identificazione (pdf, 90 All.3 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.4 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.5 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)		Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	All.1 alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)
Novembre 2007   All. Lalla raccomandazione & (doc, 100 Kb)				.,
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica  Marzo 2008  All. 1 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)  All. 3 alla raccomandazione 7 (pdf, 80 Kb)  All. 3 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb)  All. 2 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO  Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale  Marzo 2008  All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. 2 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf) (bdf)	<b>;</b>		Novembre 2007	All.1 alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)
All. I alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb) All. 2 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)  Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto  Gennaio 2020 (prima edizione Marzo 2008  Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale  Marzo 2008  All. I alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All. 2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. I alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All. I alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)		farmacologica	Marzo 2008	implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb) All.2 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb)
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale  Marzo 2008  All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)  All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del  Marzo 2008  All.1 alla raccomandazione 3 - Checklist (pd 60 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)	5	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto		All.1 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb)
All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura  Marzo 2008  All.2 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 90 All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 90 All.3	5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	1 19	
Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura  Marzo 2008  All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 90 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All.1 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)  All.1 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)	 4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)
Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del Marzo 2008 All I alla raccomandazione 2 (doc. 165 Kb)	3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura		All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 k All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf 60 Kb) All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)
	2			All.1 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## **ANNO 2024**

### RACCOMANDAZIONI

Numero	Titolo		Data	Allegati	
	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro e ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	di Potassio -KCL-			
	(In fase di aggiornamento)	6	Marzo 2008	-	

	Raccomandazione	Proc	Procedura	
N°	Testo	Grado di implementazione	Ultima revisione	
0	Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist	Sĭ	2013	
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SI	Prot. 549/2018	
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	SI	Prot. 71/2012	
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	SI	Prot. 749/2013	
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	SI	Prot. 445/DS/2017	
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	SI	Prot. DS/1998 Prot. 127/DS/2023	
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	SI	Prot.464/DS/2014 Prot.191/DS/2023	
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI	-	
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	SI	Prot.57/DS/2005 DVR All. 17/23	
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	SI	Prot.37/2018 Prot. 427/DS/2022	
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	SI	-	
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	SI	Prot. 573/DS/2018	
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	SI	Prot. 251/DS/2016	
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI	Prot. 277/DS/2014 Prot. 10/DS/2018 Prot. 431/DS/2022	



Stesura Marzo 2024

Prot.27 / DS/2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento **ANNO 2024** 

Ocou	- I Di - Dellevello		
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	SI	Prot. 584/2015
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	SI	Prot. 404/DS/2015
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	SI	Prot. 749/DS/2014
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	SI	Prot. 728/DS/2021
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	NO	-
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	SI	Prot. 718/DS/2021

Nel dettaglio vediamo alcune Raccomandazioni su cui si intende porre particolare attenzione nel corso dell'anno per una crescita sul versante prevenzione del rischio, e che saranno oggetto di formazione nel corso del 2024.

#### Rischio tecnologico

E' questo un rischio che può essere diretto o indiretto.

Il primo riguarda l'infortunistica proveniente dall'uso delle apparecchiature ed interessa tutti , operatori ed utenti.

Il secondo riguarda gli utenti prevalentemente ed è diretta conseguenza di errori diagnostici o terapeutici conseguenza di eventuale malfunzionamento non rilevato o sopraggiunto.

La Raccomandazione di riferimento è la n.9 con l'impegno di controlli aziendali sul buon funzionamento delle apparecchiature e sulla manutenzione programmata.

### Errori in terapia farmacologica

Questa Raccomandazione (la n.7) mira a prevenire eventi avversi o eventi sentinella nella prescrizione o somministrazione di farmaci.

Riguardo soprattutto farmaci detti " ad alto rischio".

### Errori dovuti all'uso di sigle, acronimi, simboli.

La Raccomandazione è la n. 18, di recente introduzione che mira a fare chiarezza tra gli operatori con l'intento di uniformare sigle ed acronimi o simboli usati dagli operatori.

Recenti studi scientifici hanno dimostrato che l'uso scorretto o confuso di tali sigle, in maniera non uniforme, porta ad errori clinici e rischi vari con danno ai pazienti.



Prot271/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

#### **ANNO 2024**

### Codice TRIAGE e corretta applicazione

La Raccomandazione emanata è la n. 15. Essa mira a perfezionare l'attribuzione del corretto TRIAGE in PS e in Centrale 118.

Per l'applicazione di tale Raccomandazione bisogna porre attenzione sull'organizzazione delle misure applicate all'interno delle strutture sanitarie con adeguata formazione degli operatori addetti alla funzione Triage mirata ad una corretta attribuzione del codice di accesso.

### Caduta dei pazienti in Ospedale

La caduta dei pazienti in ospedale rappresenta una delle cause di eventi avversi più frequente.

La Raccomandazione Ministeriale che tratta questo evento è la n. 13.

Uno degli ultimi report del "Medical Malpractice" sui sinistri in sanità mette al 4 posto l'evento dopo l'errore chirurgico. L'evento essendo accidentale può essere prevenuto con accorgimenti, informazioni e formazione sugli operatori della Sanità.

### Atti di violenza verso gli Operatori.

E' recente il report sull'incremento degli atti di violenza nei confronti degli operatori. La Raccomandazione Ministeriale risale al 2007 ed è la n. 8.Da allora i casi sono notevolmente aumentati in frequenza. All'interno della Azienda devono essere sostenuti ed implementati i servizi di sorveglianza soprattutto nei luoghi più a rischio come PS ed Emergenza.

Utili l'installazione di telecamere e continui corsi di formazione degli operatori.

### 7. OBIETTIVI REGIONALI

Con le linee di indirizzo per la stesura del PARM la Regione Campania intende promuovere, pur tenendo conto delle peculiarità di ciascuna struttura e del contesto organizzativo locale, la massima condivisione dei principi del governo clinico, anche attraverso la definizione di azioni condivise, che consentano di valorizzare il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità, in un'ottica di gestione integrata del rischio clinico e del contenzioso.

Gli obiettivi regionali sono:

1) favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

#### **ANNO 2024**

- 2) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o 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 alle attività regionali in tema di Risk Management.

### 8. OBIETTIVI AZIENDALI 2024 in linea con quelli Regionali.

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati proposti per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici:

<u>Obiettivo 1</u>. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio.

Attività 1. Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla "Gestione del Rischio Clinico" mirato a valutare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali

Indicatore 1. Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2024

Standard =1

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale 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. segnalazioni pervenute/numero segnalazioni prese in carico

Standard = 100%

Obiettivo 3. Attività del Team Rischio clinico

Attività 3.1 Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico

Attività 3.2 Sicurezza sul lavoro Lg.81/2008

Indicatore 3. n. di riunioni fatte/numero di riunioni programmate. Almeno 2 edizioni anno 2024 Standard = 100%



Prot 24/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

Obiettivo 4. Partecipazione alle attività Regionale in Risk Management

Attività 4.1 Piattaforma NSIS-SIMES

Piattaforma web Agenas

Progetto sorveglianza mortalità materna

Progetto ISS – Near Miss Ostetrici

Indicatore 4. Evidenza dell'invio ed inserimenti dati

Standard= 100%

Attività 4.2 Partecipazione alla Giornata Mondiale Lavaggio delle Mani – 5 maggio

Attività 4.3 Partecipazione alla Giornata per la Sicurezza delle cure – settembre

<u>Obiettivo 5</u>. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio Infettivo.

Attività 5 Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla Prevenzione delle ICA

Indicatore 5. Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2024

Standard =1

Obiettivo 6. Prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza)

Attività 6. Aggiornamento dei percorsi e procedure aziendali per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere.

Indicatore 1. n. di procedure implementate e/o revisionate / n. tot di procedure

Standard >50%

Obiettivo 7. Individuazione dei rischi associati ai processi Aziendali -fotografia del Rischio

Attività 7. Allo scopo di individuare correttamente i rischi associati ai processi, viene eseguita una valutazione nelle UU.OO.CC. dell'Ospedale utilizzando opportuni strumenti per la raccolta di informazioni riguardo l'organizzazione, le strutture, le tecnologie e le risorse umane dell'Azienda.

Indicatore 7. n. di UU.OO.CC. valutate/ n. di UU.OO.CC. presenti

Standard =50%



Prot2 T/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## **ANNO 2024**

## 9. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2024

Attivita'	Data	Contenuto
Risk	Entro il 31/12/2024	BLSD per infermieri
Management		Competenze teoriche e pratiche su rianimazione e defibrillazione 3 edizioni
Risk	6 aprile 2024 I ed.	Pratica per l'Accesso Venoso. Indicazione Impianto e
Management	Entro il 31/12/2024	Gestione.
Sicurezza	II ed.	Rivolto prevalentemente agli Infermieri
delle cure		
Risk	Entro il 31/12/2024	Triage Infermieristico, 2 edizioni
Management		
Risk	Entro il 31/12/2024	Focus sulle Raccomandazioni Ministeriali.
Management:		Raccomandazione n.7
Raccomandazi		Raccomandazione n.15 Raccomandazione n. 11 (in corso)
oni		Raccomandazioni 2-3 e Manuale Sala Operatoria (da
Ministeriali		armonizzare)
Infezioni	II semestre 2024	Pratiche di prevenzione Infezioni Ospedaliere.
Ospedaliere		Utilizzo Antibiotici
ICO	1	
Consumo	II semestre 2024	Controllo e monitoraggio utilizzo antibiotici in UTIR.
Antibiotici in		Monitoraggio in collaborazione con Farmacia Ospedaliera.
UTIR		Il PNCAR 2022-2025 (Piano Nazionale di Contrasto
		dell'antibiotico resistenza) prevede la diffusione di
•		conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano
		l'adozione delle misure di contrasto dell'antibiotico resistenza
Progetto ISS-	II Semestre 2024	Avviamento formazione regionale
Near Miss		
Ostetrici		



Prot.**27**/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

Ocsu - I DI - Du	icvento [	
Risk	Entro il 31/12/2024	Segnalazione Eventi Sentinella e Denuncia Sinistri-
Management		Monitoraggio
Piattaforma		
Regionale		
NSIS-SIMES		
Risk	Entro il 31/12/2024	Prevenzione e Gestione della caduta del paziente
Management		
Risk	Entro il 31/12/2024	Blocchi ecoguidati in ortopedia
Management		
Sicurezza		
delle cure		
Risk	Entro il 31/12/2024	Sicurezza in sala operatoria-monitoraggio avanzato
Management		
Sicurezza		
delle cure		
Risk	II Semestre 2024	La simulazione in emergenza ostetrica
Management		
Sicurezza		
delle cure		
Risk	II Semestre 2024	Gestione del paziente critico in sala operatoria, NORA e
Management		Terapia Intensiva
Sicurezza		
delle cure		
Risk	Entro il 31/12/2024	9th ICU workshop (infezioni in terapia intensiva)
Management		
Sicurezza		
delle cure		
Risk	Entro il 31/12/2024	Il laboratorio di microbiologia nella diagnosi delle sepsi



Prot**21/**/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## **ANNO 2024**

Gesti" – FBF - Benevento				
Management				
Risk	Entro il 31/12/2024	Diagnosi di laboratorio e clinica in trombosi ed emostasi		
Management				
Preservazione	6 gennaio 2024	Evento rivolto agli infermieri.		
del patrimonio venoso	6 aprile 2024	Partecipanti del 6 Gennaio n. 14		
Cardiotocogra	27 gennaio 2024	Rivolto a Medici ed Infermieri. Partecipanti n.25 Resp. Del		
fia intra-		corso dr. Cusano		
partum				

## 10. <u>ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2023</u>

Nell'anno 2023 sono state svolte diverse attività formative di cui si riportano le principali nello schema seguente.

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione	
1.1/2023 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corsodi Gestione del Rischio Clinico" mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali	SI	Per la Raccomandazione 5 realizzato corso FSC sul Buon Uso del Sangue: n6crediti ECM  11 - 16 - 25 maggio 2023: Partecipanti 8  Per le Raccomandazioni 6 e 16 realizzato il corso per la simulazione in emergenza materno fetale: n. 13 crediti ECM  12 - 13 dicembre 2023: Partecipanti 23	
1.2/2023  Corso FSC - Sicurezza del pazientein Terapia Intensiva. Ruolo e responsabilità dell'infermiere in un reparto UTIC-UTIR condivisione dei protocolli terapeutici di reparto per una gestione ottimale del paziente	SI	Realizzati 4 Corsi in cui sono stati approfonditi i seguenti argomenti:  Gestione del paziente con IMA e tamponamento cardiaco: ruolo e responsabilità dell'infermiere. N.6.4 crediti ECM 06 aprile 2023: Partecipanti 8 Gestione del paziente con contropulsatore aortico: ruolo e responsabilità dell'infermiere. N.6.4 crediti ECM 18 aprile 2023: Partecipanti 10 Gestione del paziente tracheostomizzato: ruolo e responsabilità dell'infermiere. N.6.4 crediti ECM 27 aprile 2023: Partecipanti 12 Gestione del paziente dissociate N.6.4 crediti ECM 23 maggio 2023: Partecipanti 8	



Prot.**24Y**DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di

## **ANNO 2024**

Gesù" – FBF - Benevento  1.3/2023 Corso - "Linee guida per la gestione dell'emergenza ospedaliera: BLSD"	SI	Prosegue anche per il 2023 la formazione per gli infermieri sull'efficacia della defibrillazione e RCP al fine di accrescere per le competenze teoriche e l'abilità pratica nelle manovre e comportamenti relazionali Realizzate 6 edizioni con n.6.5 crediti ECM Date:  · 16 e 30 marzo  · 12 e 27 aprile  · 09 e 16 maggio Partecipanti totali: 58
1.4/2023 Corso - Trattamento del paziente con infezioni da germi multi- resistenti. Condivisione dei protocolli comportamentali e terapeutici Ruolo c responsabilità dell'operatore.	SI	Realizzato corso con particolare attenzione al Ruolo e Responsabilità dell'infermiere . N.6.4 crediti ECM  Data: 18 maggio 2023: Partecipanti 11
dell'operatore. Obiettivo 2: Migliorare la appro		sistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di Ilità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
2.1 / 2023 Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES	SI	Adempimenti normativi con inserimento dati su Piattaforme dedicate
2.2 / 2023 Audit specifici sulla prevenzione ed il monitoraggio degli eventi avversi	SI	4 Audit Multisciplinari sul tema e 2 riunioni con Enti esterni sul Rischio Clinico

Obiettivo 3: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
3.1 / 2023 Attività del team rischio clinico - Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico	SI	Incontro Comitato RM del 26.10.2023 prot. 941/23/DS Convocazione del gruppo Operativo CIO del 20.06.2023 prot. 502/23/DS Incontro Comitato CIO del 26.10.2023 prot. 890/23/DS Convocazione del gruppo Operativo CIO del 30.11.2023 prot. 004/24/DS Riunione COBUS del 27.10.2023 prot. 889/23/DS Protocolli di terapia antibiotica in terapia intensiva 07/07/23 prot n 30/23/DS Procedura operativa per la prevenzione e la gestione delle cadute dei degenti pediatrici del 06/09/2023 prot 703/DS/2023 Prot indicazioni operative per la distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione del 23/02/2023 prot 145/23/DS Procedura per il corretto uso dell'albumina riferimento nota AIFA 2004 n 11 del 25/10/23 prot 917/DS/23



Prot HDS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

Gesù" – FBF - Benevento 📗		
		Procedura servizio dietetico ospedaliera rev 3 del 20/12/2023 prot 1015/DS Procedura controllo e sorveglianza delle infezioni da clostridium del 22/12/2023 prot 1032/23/DS
3.2/2023 Sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008) Previsione di aggiornamento dei temi per tutti i lavoratori nel biennio 2023 - 2024	NO	Rinviato al 2024
Obiettivo 4: Partecipazio	one alle attività	regionali in tema di Risk Management
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
4.1./2022		Partecipazione al corso di formazione Regionale di alcuni nostri

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione			
4.1 / 2023 Progetto sorveglianza mortalità materna Regione Campania Progetto ISS_Near Miss Ostetrici Piattaforma Regionale NSIS - SIMES Piattaforma Web	SI	Partecipazione al corso di formazione Regionale di alcuni nostri Professionisti Aggiornamento Procedure Raccomandazione (trasmissione Agenas Web) Protocollo in caso di emorragia massiva post partum del febbraio 2023 prot 191/23à7DS Procedura promozione e sostegno dell'allattamento materno, delle pratiche o rooming in e del contatto precoce dopo il parto prot 206/DS del marzo 2023			
Agenas Attività Regionali Rischio clinico		Partecipazione all'incontro Rischio Clinico c/o Regione Campania del 10 luglio 2023 (nota regionale prot. 2023.0369929 del 20/07/2023  Partecipazione all'iniziativa regionale in adesione alla Giornata per la Sucirezza delle Cure del 17/09/2023con specifiche iniziative e programmazione di punti informativi per l'utenza (18-22 settembre)			

Titolo	N° Ed.	Periodo	Target	Responsab ile	N° Crediti	N° Partecipanti Evento
Buon Uso Del Sangue	1	11-16-25 maggio	Infermieri/ medici	F. Caccavale G. Bardari	6	8
La medicina rigenerativa in Ortopedia: Nuove Frontiere	1	21 gennaio	Infermieri/ medici/ fisioterapis ti	S. D'Auria	4	30
Attualità ed evoluzione della fissazione esterna nel trattamento delle fratture in traumatologia	1	28-aprile	Infermieri/ medici	S. D'Auria	5.2	23
Gestione del paziente con IMA e tamponamento cardiaco ruolo c responsabilità dell'infermiere	1	6-aprile	Infermieri	T. Puthiadathu	6.4	8
Gestione del paziente con contropulsatore aortico: ruolo	1	18-aprile	Infermieri	T. Puthiadathu	6.4	10



Prot**2**HDS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

Gesù" – FBF - Benevento						
e responsabilità dell'infermiere						
Gestione del paz tracheostomizzato ruolo e responsabilità dell' infermiere	1	27-aprile	Infermieri	T. Puthiadathu	6.4	12
Assistenza al paziente dissociato ruolo e responsabilità dell'infermiere	ì	23- mag	infermieri	T. Puthiadathu		8
Trattamento del paziente con infezione da germi multirestenti	1	18-mag	Infermieri	T. Puthiadathu	6.4	11
La fluidoterapia oggi (FSC)	1	13-20-21 marzo	Infermieri medici	F. Caccavale	6	7
BLSD	<b>Land</b>	16 marzo	Infermieri TRMS Ostetriche Tecnico Lab.	L. Pisani	6.5	11
BLSD	2	30-marzo	Infermieri TRMS Ostetriche Tecnico Lab	L. Pisani	6.5	7
BLSD	3	12-aprile	Infermieri TRMS	L. Pisani	6.5	9
BLSD	4	27-aprile	Infermieri TRMS Ostetriche Tecnico Lab	L. Pisani	6.5	12
BLSD	5	9-maggio	Infermieri TRMS Ostetriche Tecnico Lab	L. Pisani	6,5	9
BLSD	6	16-maggio	Infermieri TRMS Ostetriche Tecnico Lab	L. Pisani	6.5	10
La sindrome metabolica in gravidanza	1	19-sett	tutte le professioni sanitarie	De Blasio A.	5	37
La ventilazione neonatale	1	23-ott	Infermieri Medici	R. Rabuano C. Consigli	5.2	12
Prevenzione e gestione delle IAD-LDP	1	27-ott	infermieri	F. Olivieri	7.8	17
Fondamenti di elettrocardiografia	1	13 -nov	Infermieri	A. Ranauro	6.5	22



Prot2#YDS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

**ANNO 2024** 

desu - LDL - Dellevello						
Fondamenti di elettrocardiografia	2	13 -dic	Infermieri	A. Ranauro	6.5	24
8TH ICU workshop	I	6-dic	Medici Infermieri	F. Caccavale	4	45
La medicina rigenerativa in Ortopedia: nuove frontiere	1	21 gennaio	Medici infermieri fisioterapis ti	S. D'Auria	4	30
Come e dove stanare il paziente acromegalico	1	10 giugno	Medici Odontoiatr i	I.Ventre	5	8

### 11. <u>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM</u>

In tema di trasparenza, la Direzione Aziendale si impegna ad assicurarne la diffusione attraverso la pubblicazione del presente nella sezione Internet Aziendale.

Sarà inoltre inviato in copia a tutti i Direttori Struttura Complessa e Semplice nonché ai Coordinatori tecnico-infermieristici via mail aziendale.

#### 12. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1. D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997:
- 2. 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; D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.
   229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari;
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);



Prot27/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

### **ANNO 2024**

- 6. Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali, i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES);
- 7. Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, OMS: Safe Surgery;
- 8. D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari; Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- 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";
- 10. Legge Regione Campania n. 20 del 23 Dicembre 2015, "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)";
- 11. DD. N. 99 del 16/12/2022: "Linee di indirizzo per l'elaborazione e la stesura del PARM (Piano Annuale Risk Management".

### 13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO World Alliance for patient safety The second Global Patient Safety Challenge 2008"Safe Surgery Save Live";



Prot271/DS/2024

Stesura Marzo 2024

Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

- 3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997; Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- 4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- 5. 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&me nu= formazione;
- 6. Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: <a href="http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza">http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza</a>
- Approvazione Linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM, Regione Campania del 20.12.2022 PG/2022/0630980.