



Presidio Ospedaliero
"S. Maria della Pietà"
Religiosi Camilliani
Casoria

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)2025

PREPARATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott.ssa Claudia Mele	Referente Rischio Clinico	28/03/2025	

VERIFICATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. Domenico Maglione	Direttore Sanitario	28/03/2025	

APPROVATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Fratel Carlo Mangione	Direttore Generale	28/03/2025	

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

Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà"
Religiosi Camilliani
Casoria

Sommario

1.	Introduzione	3
2.	Contesto organizzativo	4
3.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità	5
3.1.	Analisi degli eventi avversi	5
3.2.	Gli eventi sentinella	7
3.3.	Le cadute.....	8
3.4.	Relazione Analitica.....	8
3.5.	Sinistrosità e risarcimenti	10
4.	Raggiungimento Obiettivi PARM 2024	11
4.1.	Obiettivi Regionali	11
4.2.	Obiettivi Aziendali	12
5.	Documenti di sicurezza	Errore. Il segnalibro non è definito.
6.	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2024	12
7.	PIANO 2025	Errore. Il segnalibro non è definito.
7.1.	Obiettivi regionali.....	15
7.2.	Obiettivi aziendali.....	15
7.3.	Obiettivi specifici per la sorveglianza e controllo delle infezioni	16

1. Introduzione

La Gestione del Rischio Sanitario, parte essenziale del buon Governo Clinico, è definita come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si impegnano per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali per favorire l'eccellenza clinica". Il piano aziendale di Risk Management è l'atto formale con cui le aziende sanitarie dichiarano il proprio impegno nella gestione del rischio clinico, sviluppando politiche proattive e reattive per il controllo del rischio sanitario.

Il Ministero della Salute ha identificato la gestione del rischio clinico come un elemento strategico nell'ambito del miglioramento della qualità delle cure, fornendo raccomandazioni come:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- sviluppare direttive per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errore;
- promuovere eventi di formazione sulla prevenzione dell'errore;
- incentivare la segnalazione dei near miss;
- sperimentare metodi e strumenti per la segnalazione degli errori e la raccolta dei dati;
- monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- adottare misure organizzative e tecnologie per ridurre gli errori evitabili.

La Regione Campania, con DD. N. 99 del 16/12/2022, ha approvato le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM), indicando a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di redigere e pubblicare il piano annuale di gestione del rischio sanitario. Questo piano deve essere conforme anche alla Legge 24 del 2017, che promuove la sicurezza delle cure come diritto costituzionale.

L'Ospedale Santa Maria della Pietà di Casoria (Napoli) ha adottato le direttive ministeriali e normative sin dal 2019, implementando un modello organizzativo conforme alle indicazioni. Il PARM, regolarmente elaborato e inviato in Regione Campania, è ormai da 4 anni il documento guida per la gestione del rischio clinico. Inoltre, il PARM integra il PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza), con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Allineare la gestione della qualità e sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi del DD 99 della Regione Campania e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR).

2. Contesto organizzativo

DATI STRUTTURALI	
Posti letto ordinari totali	86
Posti letto ordinati area medica	47
Posti letto ordinari area chirurgica	39
Posti letto diurni	29
Servizi trasfusionali	0
Blocchi operatori	2
Sale operatorie	3
Terapie intensive	0
UTIC	0
Dipartimenti	0

DATI ATTIVITA' AGGREGATI 2024	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	3465
Accessi PS	701
Branche specialistiche	8
Ricoveri diurni	931
Neonati o parti	Non applicabile
Prestazioni ambulatoriali pubbliche	273517

DATI DI PRODUZIONE 2024				
	NUMERO R.O.	CASI DH/DS	NUMERO PACC	TOTALE
Cardiologia	604	0	0	604
Chirurgia Generale	659	0	939	1598
Medicina Generale	505	0	0	505
Oncologia	115	421	0	536
Oculistica	0	0	1143	1143
Otorino	7	92	226	325
Urologia	775	167	651	1593
Gastroenterologia	164	42	341	547
Pneumologia	515	209	0	724
Lungodegenza	121	0	0	121
TOTALE	3465	931	3300	7996

3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità

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

3.1. Analisi degli eventi avversi

2024

Numeri totale incident reporting	24
Numeri incident reporting con presa in carico	24
Numeri incident reporting prese in carico con SEA	3

MACROCLASSIFICAZIONE DEGLI INCIDENT REPORTING	
Caduta accidentale	20
Evento avverso	0
Evento sentinella	3
Near Miss	1
Totale complessivo	24

I dati riportati riguardano il monitoraggio degli incidenti all'interno di un sistema sanitario attraverso il "incident reporting", che è un processo fondamentale per raccogliere, analizzare e affrontare gli eventi che possono compromettere la sicurezza dei pazienti. Ecco un'analisi di questi numeri:

Totale Incident Reporting: 24

Sono stati registrati 24 incidenti, il che indica una buona attività di segnalazione degli eventi, segno di una cultura della sicurezza abbastanza sviluppata e di un impegno nel monitorare potenziali problematiche.

Incident Reporting con presa in carico: 24

Questo dato è indicativo di un ottimo risultato, poiché significa che la maggior parte degli eventi segnalati ha ricevuto un'attenzione adeguata, che potrebbe includere l'analisi, la valutazione e l'adozione di azioni correttive.

Incident Reporting prese in carico con SEA : 3

Su 24 incidenti presi in carico, 3 sono stati sottoposti con SIGNIFICANT EVENT AUDIT (SEA). Questo significa che una parte degli incidenti è stata ulteriormente approfondita per analizzare in dettaglio le cause e i fattori che li hanno generati, in modo da migliorare i processi e ridurre il rischio di ricorrenza.

3.2. Macroclassificazione degli Incident Reporting

Caduta accidentale: la maggior parte degli incidenti riguarda cadute accidentali (23 su 24). Questo dato suggerisce che le cadute rappresentano un rischio significativo, è utile concentrarsi su interventi specifici per prevenire questi eventi, come l'adozione di misure di sicurezza aggiuntive nei reparti a rischio, miglioramenti nelle politiche di mobilitazione dei pazienti o nella segnalazione tempestiva delle situazioni a rischio.

Evento sentinella: Sono stati registrati 3 eventi sentinella, che sono incidenti gravi che comportano un rischio diretto e immediato per la sicurezza del paziente, come la morte o danni irreversibili. Questi eventi meritano un'analisi approfondita per migliorare la prevenzione e il trattamento di eventi simili in futuro.

Near Miss: il "near miss" indica un incidente che sarebbe potuto diventare dannoso, ma è stato evitato prima che si verificasse un danno effettivo. Questo tipo di segnalazione è comunque importante per identificare rischi latenti nel sistema.

3.3. Considerazioni generali

I dati mostrano una buona gestione e monitoraggio degli incidenti, con un'alta percentuale di segnalazioni che ricevono seguito e approfondimento. Tuttavia, il numero elevato di cadute accidentali suggerisce che si sia sviluppata una buona cultura di segnalazione su questo tipo di incidente, ma potrebbe anche indicare che altri eventi, potenzialmente significativi, non vengono segnalati con la stessa frequenza. La predominanza di cadute accidentali tra gli incidenti segnalati potrebbe riflettere una maggiore consapevolezza e attenzione verso questo rischio specifico, mentre eventi avversi e near miss potrebbero

non essere segnalati in modo altrettanto sistematico. Ciò potrebbe dipendere da una diversa percezione del rischio o dalla mancanza di una cultura altrettanto consolidata su altri tipi di eventi.

Questo scenario suggerisce che, pur essendo attivi nella gestione e nella segnalazione delle cadute, è necessario un ulteriore impegno per promuovere la segnalazione di tutti gli altri incidenti, inclusi quelli che non hanno provocato danni immediati ma che potrebbero comunque rappresentare un rischio sistemico. Per questo, è necessario programmare una formazione continua per il personale, enfatizzando l'importanza di segnalare qualsiasi evento potenzialmente dannoso, indipendentemente dalla sua gravità immediata.

3.4. Gli eventi sentinella

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES			
TIPO EVENTO	DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEL TIPO EVENTO SENTINELLA		TECNICA DI ANALISI
	NUMERO	PERCENTUALE	
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	2	55%	SEA
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	1	15%	SEA
Totale	3		

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA DELLA PIETA'		
SPECIALITA	LISTA EVENTI PER SPECIALITA	
	NUMERO	PERCENTUALE
Medicina	1	33,3%
Urologia	1	33,3%
Cardiologia	1	33,3%
Totale	3	

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARIA DELLA PIETA'		
Totale Eventi Sentinella:	3	
Di cui con scheda B:	3	
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	0	
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	0	
CAUSE E FATTORI UMANI	0	
BARRIERE	1	33,3%

DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	0	
LINEE-GUIDA, RACCOMANDAZIONI, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI, PROCEDURE	2	66,6%

3.5. Le cadute

Di seguito la tabella con le cadute suddivise per esito

Caduta accidentale	23
Grave	2
Lieve	1
Moderata	4
Nessuna	16

Caduta accidentale totale: 23

Questo numero rappresenta il totale delle cadute accidentali registrate in ospedale. È un dato che suggerisce una certa frequenza di eventi, che potrebbe essere utile monitorare per valutare la sicurezza dell'ambiente ospedaliero.

Grave: 2

Le cadute gravi sono relativamente poche (2 su 23), ma sono comunque preoccupanti, poiché hanno comportato danni significativi ai pazienti. Poiché rientravano nella categoria degli eventi sentinella, sono state oggetto di un approfondimento e sono state trasmesse al Ministero attraverso piattaforma SIMES

Lieve: 1

Solo una caduta è stata classificata come lieve. Questo potrebbe indicare che la maggior parte degli incidenti non ha comportato danni fisici rilevanti per i pazienti, ma è comunque fondamentale considerare che anche le cadute lievi possono portare a complicazioni, specialmente in pazienti anziani o con condizioni mediche preesistenti.

Moderata: 4

Quattro cadute sono state classificate come moderate. Questo è un numero significativo, poiché le cadute di gravità moderata possono comportare lesioni meno gravi ma comunque necessitano di attenzione e monitoraggio per evitare complicazioni nel recupero del paziente.

Nessuna: 16

Il dato che la maggior parte delle cadute (16 su 23) non ha avuto conseguenze evidenti è un aspetto positivo. Tuttavia, anche se queste cadute non hanno causato danni gravi, il numero di incidenti in sé rimane relativamente alto e indica che è necessario migliorare la prevenzione, come l'adozione di tecniche di sicurezza o l'uso di dispositivi di supporto per evitare che le persone cadano.

3.6. Relazione Analitica

Introduzione

L'analisi dei dati relativi agli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella consente di individuare i principali fattori causali/contribuenti e di implementare azioni di miglioramento mirate. I dati esaminati derivano dalle segnalazioni di incident reporting e, nel caso degli eventi avversi, anche dalle richieste di risarcimento.

Tabella riassuntiva

TIPO DI EVENTO	NUMERO	%di cadute per categoria	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI*		AZIONI DI MIGLIORAMENTO		FONTE DEL DATO
			Strutturali	20%	Strutturali	20%	
EVENTO SENTINELLA	3	85%	Tecnologici	50%	Tecnologici	50%	Incident reporting
			Organizzativi	80%	Organizzativi	60%	
			Procedure	80%	Procedure	80%	
			Strutturali	20%	Strutturali	20%	
EVENTO AVVERSO	0		Tecnologici		Tecnologici		-
			Organizzativi		Organizzativi		
			Procedure		Procedure		
			Strutturali		Strutturali		
NEAR MISS	1	100%	Tecnologici	50%	Tecnologici	50%	Incident reporting
			Organizzativi	60%	Organizzativi	60%	
			Procedure	80%	Procedure	80%	
			Strutturali	20%	Strutturali	20%	

1. Eventi Sentinella

Numero totale: 3

Percentuale di cadute rispetto alla categoria: 85%

Principali fattori causali/contribuanti:

Strutturali: 20%

Tecnologici: 50%

Organizzativi: 80%

Procedure: 80%

Azioni di miglioramento intraprese:

- Interventi tecnologici: sostituzione dei letti di degenza .
- Strutturali: applicazione di sbarre di sicurezza terrazzo accesso pazienti
- Organizzativi: revisione delle attività di sorveglianza sulle condizioni di rischio specifico. Identificazione di stanze per pazienti a rischio suicidario
- Procedure: revisione della procedure aziendali come implementazione delle raccomandazioni Ministeriali 4 e 13 .

3. Near Miss

Numero totale: 1

Percentuale di cadute rispetto alla categoria: 100%

Principali fattori causali/contribuanti:

Strutturali: 20%

Tecnologici: 50%

Organizzativi: 60%

Procedure: 80%

Azioni di miglioramento intraprese:

- Interventi tecnologici: sostituzione dei letti di degenza
- Revisione procedura aziendale

Fonte del dato:

Incident reporting

3.7. Sinistrosità e risarcimenti

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

Anno	N. sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati	Regime assicurativo
2020	12	8	473.794,00	Auto ritenzione
2021	8	3	89.833,27	Auto ritenzione
2022	6	8	499.942,00	Lloyd's insurance company S.A. MP-RCT-RCO
2023	4	6	254.486,57	AMTRUST SPA-Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2024	4	2	66.048,41	Auto ritenzione

Nella tabella successiva la distribuzione degli eventi per anno di accadimento.

Anno	N. sinistri occorsi
2020	1
2021	3
2022	2
2023	4
2024	1

4. Raggiungimento Obiettivi PARM 2024

Di seguito si riportano gli obiettivi regionali e aziendali, con il relativo livello di raggiungimento degli standard definiti.

4.1. Obiettivi Regionali

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

Attività svolta:

durante il 2023 è stato formato tutto il personale con il seguente programma:

MODULO 1 : analisi sistematica, gestione e prevenzione degli eventi avversi

MODULO 2: modalità di prevenzione e gestione del rischio

MODULO 3: l'importanza della comunicazione nella gestione del rischio clinico

MODULO 4: la responsabilità professionale e i rischi in ambito clinico

MODULO 5: il rischio nell'utilizzo dei dispositivi medici

Standard raggiunto: 100%

Standard raggiunto:

Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi per il miglioramento della qualità delle prestazioni e il monitoraggio/contenimento degli eventi avversi

Attività svolta:

- Per i dettagli, si rimanda alla sezione **ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI**.

Indicatore: 24/24 segnalazioni prese in carico

Standard raggiunto: 100%

Obiettivo 3: Attività del Team Rischio Clinico

Attività svolta: Organizzazione di riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico.

Riunione N°	Categoria	Argomento
2	Rischio Clinico	Presentazione del gestionale per RC
1	Rischio Clinico	Obiettivi di sicurezza sala operatoria
1	Rischio Clinico	Revisione procedura cadute
1	Rischio Clinico	Miglioramento delle cure e gestione del paziente

Standard raggiunto: 100%

4.2. Obiettivi Aziendali

Obiettivo 4: revisione del piano cadute

Attività svolta:

- Analisi del processo di valutazione del rischio cadute
- Aggiornamento dello strumento di valutazione
- Emissione nuova procedura aziendale come da Raccomandazione ministeriale N ° 13 e piano cadute Regione Campania

Standard raggiunto: 100%

Obiettivo 5: miglioramento del processo di comunicazione con i pazienti relativamente alle fasi d'informazione e consenso all'atto medico

Attività svolta:

nessuna delle attività è stata portata a termine . Si riprogramma per il 2025

Obiettivo 6: revisione procedure per l'implementazione raccomandazioni ministeriali

Attività svolta:

- Revisione di tutti i protocolli disponibili
- Revisione delle PO
- Disponibilità su intranet aziendale

Standard raggiunto: 100%

5. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2024

Urinocolture	636
Positive	163
URINOCULTURE	
Escherichia Coli	90
Proteus	10
Pseudomoinas	5
Pseudomonas aeruginosa	13
Morganella Morganii	1
Klebsiella	24

Klebsiella pneumoniae	1
Citrobacter freundii	1
Citrobacter	1
Citrobacter farneri	4
Enterococchi	2
Enterobacter	8
Staphylococcus	3
	163

Emocolture	190
Positive	17
Staphylococcus aureus	2
Citrobacter	1
Burkholderia cepacia	2
Proteus	1
Klebsiella pneumonia	3
Streptococcus pyogenes	1
Enterococcus	1
Streptococco	1
Proteus mirabilis	1
Escherichia coli	2
Enterococcu faecalis	1
	17

Questi dati di microbiologia forniscono una panoramica delle infezioni rilevate in ospedale tramite urino-colture ed emocolture, ma come specificato nella richiesta, la reportistica attuale permette solo di identificare i ceppi più frequenti senza fornire informazioni sulla correlazione con l'assistenza o sul fatto che si tratti di germi multiresistenti.

- **Urinocolture (636 totali, 163 positive)**

Le urinocolture hanno un totale di **636 campioni**, di cui **163** sono risultate positive, il che corrisponde a un tasso di positività del **25,6%**.

Ceppi più frequenti nelle urinocolture:

- **Escherichia coli (90):** Questo è il ceppo più frequente, con **90 isolati**, che è tipico per le infezioni del tratto urinario. La prevalenza di Escherichia coli in campioni di urinocoltura è un dato comune e conferma la sua relazione con le infezioni urinarie.
- **Klebsiella (24) e Klebsiella pneumoniae (1):** Un numero significativo di **Klebsiella** è stato isolato (24), il che potrebbe suggerire un rischio per le infezioni urinarie nosocomiali, ma la segnalazione di Klebsiella pneumoniae è inferiore. La Klebsiella è nota per essere potenzialmente multiresistente, ma al momento non è possibile stabilire se i ceppi riscontrati siano resistenti a più antibiotici, poiché i dati non forniscono informazioni a riguardo.

- **Pseudomonas aeruginosa (13):** Un numero abbastanza elevato di **Pseudomonas aeruginosa (13)** è presente, una specie associata a infezioni ospedaliere, ma senza il dato specifico sulla resistenza agli antibiotici non possiamo sapere se si tratti di ceppi multiresistenti.

Limitazioni della reportistica: La reportistica attuale non consente di determinare se questi ceppi siano correlati all'assistenza, ossia se siano stati acquisiti in ospedale o se siano semplicemente ceppi comunemente presenti nel nostro ambiente. Inoltre, non possiamo sapere se questi ceppi siano **multiresistenti** (ad esempio, ceppi di *Klebsiella*, *Pseudomonas* o *E. coli* che mostrano resistenza a diversi antibiotici), un dato importante per la gestione clinica e la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

- **Emocolture (190 totali, 17 positive)**

Le emocolture, con un totale di **190 campioni**, hanno un tasso di positività relativamente basso, pari al **8,9%**.

Ceppi più frequenti nelle emocolture:

- **Staphylococcus aureus (2):** Questo ceppo è noto per causare infezioni gravi, comprese le setticemie. La sua presenza in **2 campioni** è indicativa di un possibile rischio per infezioni sistemiche, ma anche in questo caso non è chiaro se questi ceppi siano resistenti (ad esempio, se siano **MRSA**, ossia *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina).
- **Burkholderia cepacia (2) e Klebsiella pneumoniae (3):** La presenza di **Burkholderia cepacia** e **Klebsiella pneumoniae** in emocolture potrebbe essere preoccupante, soprattutto se si tratta di ceppi nosocomiali o multiresistenti, ma come per le urinocolture, non possiamo stabilire la resistenza agli antibiotici in base ai dati forniti.

Limitazioni della reportistica: Anche per le emocolture, la reportistica non fornisce informazioni sufficienti per comprendere se le infezioni siano correlate all'assistenza ospedaliera, né se i ceppi siano multiresistenti. Sebbene siano presenti alcuni ceppi che potrebbero essere più problematici in un contesto ospedaliero (come **Burkholderia cepacia** e **Staphylococcus aureus**), non possiamo fare ipotesi sulla loro resistenza senza un'analisi più dettagliata.

- **Conclusioni:**

Questi dati, sebbene utili per identificare i ceppi batterici più frequenti in ospedale, non offrono informazioni sufficienti per:

- Determinare se questi ceppi siano legati direttamente all'assistenza ospedaliera (infezioni nosocomiali) o se siano infezioni acquisite dalla comunità.
- Verificare se i ceppi siano **multiresistenti**, un'informazione fondamentale per una gestione clinica appropriata e la prevenzione di infezioni ospedaliere più difficili da trattare.

Sarebbe utile aggiornare la reportistica in modo che includa informazioni sulla **resistenza antibiotica** e sulla **correlazione con l'assistenza**, al fine di migliorare la prevenzione, il controllo delle infezioni e l'uso razionale degli antibiotici all'interno dell'ospedale.

6.

La Regione Campania ha confermato per il 2025 il setting minimo di obiettivi che deve essere raggiunto che si riportano di seguito:

6.1. Obiettivi regionali

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

6.2. Obiettivi aziendali

Obiettivo 4: attività di monitoraggio sullo stato di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali
Attività: elaborazione di strumenti di analisi a supporto delle attività di SWA da eseguire direttamente nelle unità operative
Indicatore 1: esecuzione monitoraggio delle raccomandazioni dal numero 1 al numero 9
Indicatore 2: esecuzione monitoraggio diretto UUOO
Standard indicatore 1 = 100%
Standard indicatore 2 = > 75%
Obiettivo 5: focalizzazione sul processo d'informativa e consenso
Attività 1: Revisione informative chirurgiche (tutte le discipline)
Attività 2: verifica dello stato d'implementazione della procedura sul consenso informato ai sensi del DL 219/17
Indicatore 1: numero d'informative revisionate
Standard = > 80%
Indicatore 2: attività di audit
Standard = almeno 1 audit per specialistica
Obiettivo 6: revisione 16 obiettivi di sicurezza di sala operatoria
Attività 1: aggiornamento dei protocolli
Attività 2: verifica dello stato di implementazione dei protocolli di sicurezza

Indicatore 1: disponibilità di 16 protocolli aggiornati
Standard = 100%
Indicatore 2: attività di SWA
Standard: almeno 1 SWA per protocollo

6.3. Obiettivi specifici per la sorveglianza e controllo delle infezioni

Obiettivo 6: revisione delle attività di sorveglianza microbiologica e reportistica
Attività 1: strutturazione della reportistica trimestrale sui seguenti dati <u>Isolamenti microbiologici da campioni clinici (sangue, urina, ferite, ecc.).</u>
* Specie batteriche e/o fungine identificate.
* Percentuale di ceppi resistenti ai principali antibiotici
* Ceppi multiresistenti (MDR, XDR, PDR), inclusi:
<ul style="list-style-type: none"> • MRSA (Staphylococcus aureus meticillino-resistente) • VRE (Enterococcus resistente alla vancomicina) • CRE (Enterobatteri resistenti ai carbapenemi) • ESBL (Beta-lattamasi a spettro esteso) • Acinetobacter e Pseudomonas resistenti
Indicatore 1: disponibilità di report trimestrali
Standard indicatore 1 = 100%
Obiettivo 7: focus su infezioni del sito chirurgico
Attività 1: elaborazione documento generale sulla prevenzione SSI
Attività 2: istituzione tavolo tecnico sulla SSI
Indicatore 1: disponibilità del documento e pubblicazione sul portale
Standard = 100%
Indicatore 2: identificazione del TT
Standard = almeno 1 riunione al mese
Standard = 100%
Obiettivo 8: attività di monitoraggio con SWA per cateteri vascolari e vescicali
Attività 1: verifica stato di adesione ai protocolli
Indicatore 1: almeno 1 SWA al mese per UO
Standard = 100%