



RELAZIONE ANNUALE
(art. 2, comma 5, Legge 8 marzo 2017, n. 24)
SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE
CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- ANNO 2019 -

1. INTRODUZIONE.

La Casa di Cura Tortorella è accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.

E' una struttura autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria e accreditata dalla Regione Campania per erogare prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale.

Le attività sanitarie di maggior interesse sono rappresentate dalla chirurgia oncologica maggiore, dalla chirurgia ortopedica, all'interno della quale abbiamo sviluppato una importante attività di neuro-ortopedia della colonna svolta da neurochirurghi esperti; vengono inoltre eseguite attività di confezionamento di FAV nell'ambito della chirurgia degli accessi vascolari, di chemioembolizzazione delle lesioni epatiche, di elettrofisiologia con impianto di diverse tipologie di devices, e di termoablazione con ecocontrastografia; inoltre si eseguono trattamenti di terapia antitumorale applicando i protocolli di chemioterapia più avanzati ai pazienti oncologici ricoverati nel Reparto di Oncologia Medica; i Servizi di Radiologia Interventistica e di Elettrofisiologia sono inoltre funzionali alle esigenze delle UU.OO. della Casa di Cura.

La CdC ha attivato anche un Laboratorio di PMA di III livello per lo studio dell'infertilità e la procreazione ed un laboratorio di genetica.

L'impegno appare evidente sia nella scelta delle discipline di alta specializzazione svolte e dell'ortopedia protesica, con la neuro - chirurgia della colonna, sia nel continuo miglioramento delle strutture e delle tecnologie, nella selezione e formazione dei professionisti, nella realizzazione e mantenimento di un Sistema di Qualità, Sicurezza e Accreditamento.

2. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA CASA DI CURA TORTORELLA

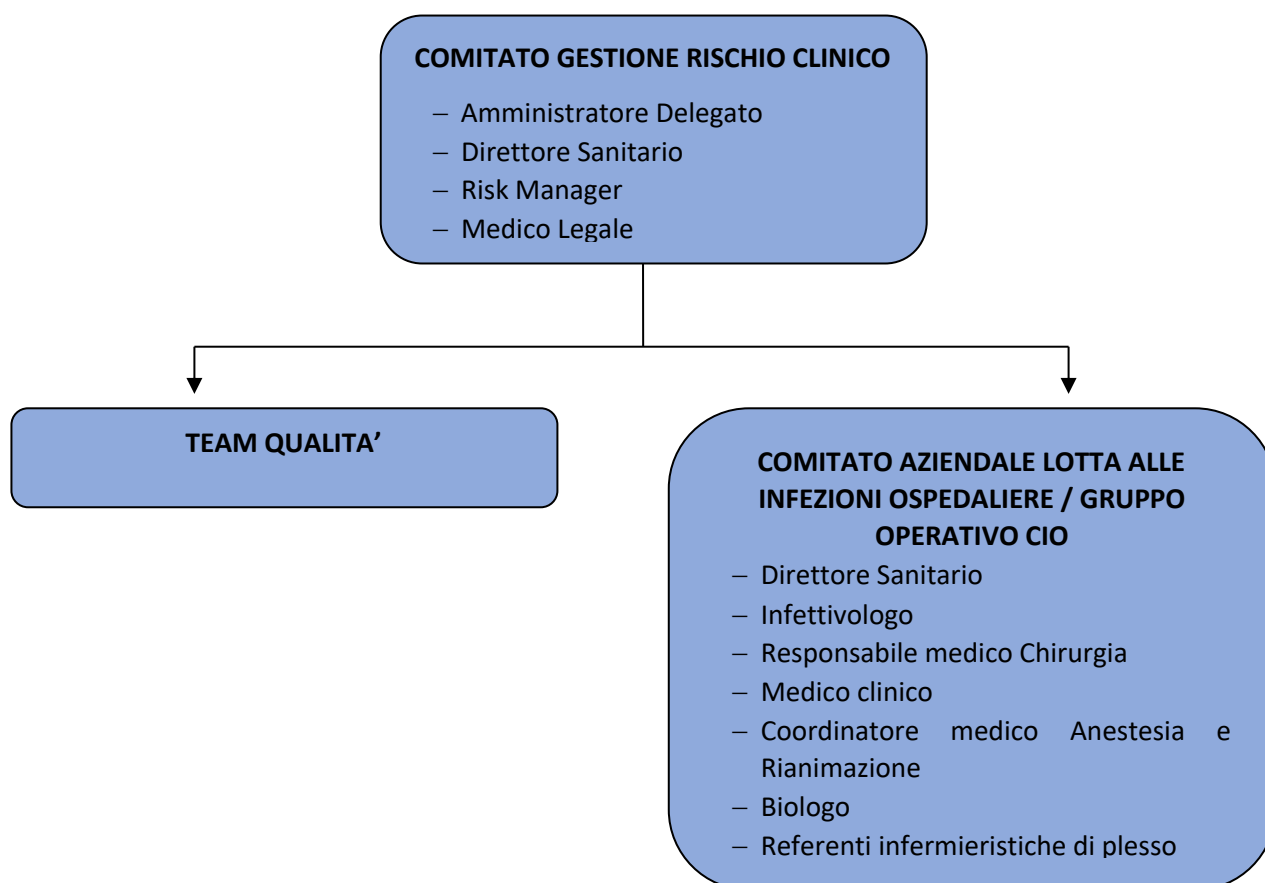
La Casa di Cura ha introdotto un approccio al rischio che interessa tutte le diverse dimensioni dell'organizzazione, con il coinvolgimento diretto di tutti i Responsabili di Unità Operative e Servizi, delle figure infermieristiche e tecniche in un più ampio sistema di definizione delle competenze e responsabilità nella erogazione dei servizi agli utenti.

L'obiettivo è quello di integrare sempre più il concetto di rischio con tutta l'operatività dell'organizzazione, così da orientare l'Azienda verso tale approccio, nonché operare un cambiamento culturale che porti a considerare e monitorare i rischi come opportunità di apprendimento per arricchire il patrimonio culturale nell'ottica del miglioramento continuo.

La scelta aziendale é stata quella di proseguire nell'attuazione di un progetto che integrasse tutti gli ambiti della sicurezza:

- quelli clinici, concentrati sull'outcome delle prestazioni erogate e sulla soddisfazione degli utenti;
- quelli occupazionali, con particolare riguardo alla sicurezza degli operatori;
- quelli assicurativi, finalizzati alla prevenzione e alla gestione del contenzioso.

Tutto ciò ha consentito di stabilizzare l'indice di rischio, e nel tempo permetterà una sua progressiva riduzione, a partire dalle condizioni rilevate come più rischiose a seguito della mappatura dei principali processi (FMEA/AUDIT CLINICO/SWA), costruita insieme agli operatori.



3. PROGRAMMAZIONE EVENTI FORMATIVI GESTIONE RISCHIO

Obiettivi:

- promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana e all'implementazione di un sistema locale di segnalazione e di apprendimento;
- promuovere la comunicazione a livello di sistema, renderla strumento professionale fondamentale per creare un rapporto di fiducia tra paziente e equipe assistenziale e un'alleanza terapeutica tra paziente ed operatori.

Azioni:

- sono stati definiti e realizzati eventi formativi per specifici ambiti di intervento al fine di promuovere la cultura della sicurezza, implementare le buone pratiche, superare le barriere alla segnalazione degli eventi avversi, imparare dall'esperienza e dagli errori.

4. FONTI INFORMATIVE DI INTERESSE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO.

- Incident Reporting + segnalazioni cadute.
- Farmacovigilanza.
- Dispositivo-vigilanza.
- Emovigilanza.
- Segnalazione reclami.
- Sinistri.
- Lesioni da decubito.
- Check list di sala operatoria.
- Infezioni correlate all'assistenza (es. infezioni/sepsi post operatoria, infezione del sito chirurgico, sorveglianza).
- Infortuni degli operatori.
- Data base di controllo delle cartelle cliniche.

SCHEDE DESCRITTIVE.

SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.

A. INCIDENT REPORTING	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Decreto 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (G.U. Serie Generale, n. 8 del 12 gennaio 2010). ▪ Servizio assistenza ospedaliera, Regione Emilia Romagna, Incident Reporting in Emilia Romagna 2013-2015 – novembre 2016. ▪ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strumentali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (G.U. 4 giugno 2015, n. 127). ▪ BURC n° 38 04/07/2007 “Regolamento N°1 22/06/2007 Capo III all.B requisito trasversale a tutte le SRic. ▪ P.Q. 4.13-B “Gestione Evento Avverso” – Mod. M413G Scheda Segnalazione Spontanea Eventi.
Descrizione dello Strumento/flusso informativo	<p>L’Incident Reporting è un sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente, quasi – eventi, definiti come eventi evitati associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente.</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi, e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni, consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di apprendere dall’esperienza, di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>Lo strumento dell’Incident Reporting è da intendersi come uno strumento di apprendimento continuo utile ad implementare azioni di miglioramento, momenti formativi, diffusione di nuove procedure o implementazione/revisione di procedure già esistenti etc. e come una possibile spia di allarme di un sistema che ha la capacità di intercettare una parte di eventi avversi.</p>

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La CdC ha adottato il metodo dell'Incident Reporting, attraverso la raccolta di segnalazioni volontarie e spontanee di eventi e quasi eventi da parte degli operatori sanitari su apposito documento cartaceo, nelle more dell'inserimento dei dati in un supporto digitale.</p> <p>La cultura del rischio clinico e della importanza delle segnalazioni è oggetto di costante sensibilizzazione nei confronti di tutto il personale, anche ricorrendo ad altri strumenti quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto di Non Conformità del S.G.Q. aziendale. - FMEA di taluni processi assistenziali ritenuti di particolare rilevanza. <p>Tra le segnalazioni dell'anno 2019 si rilevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N°17 segnalazioni di cadute (su un totale di 20190 giornate di degenza ordinaria): non si sono avuti risvolti o lesioni permanenti o necessità di provvedimenti terapeutici tali da configurare un evento con necessità di segnalazione, né apertura di un sinistro. ▪ N°1 segnalazione di near miss scambio paziente operando. ▪ N°2 Rapp. N.C.: <ul style="list-style-type: none"> - mancata adesione alle corrette modalità di utilizzo nuovo farmaco (MIDRANE); - near miss: errata identificazione provetta paziente in sede di prelievo.
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento</p>	<p><u>CADUTE:</u></p> <p>In data 31 Gennaio 2020 si è riunito il Comitato Rischio Clinico (incontro verbalizzato) per l'analisi dei probabili fattori contribuenti e per l'individuazione di adeguate soluzioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viene data indicazione ai pazienti che devono essere ricoverati, soprattutto per interventi di ortopedia protesica, di munirsi di una calzatura chiusa da usare durante il periodo di ricovero; ▪ Affissione poster (ASP LAZIO "Cosa posso fare per evitare di cadere?") nei reparti con indicazioni su semplici regole da seguire per evitare di cadere; ▪ sono state installate nelle camere di degenza luci notturne aggiuntive. <p><u>SCAMBIO PAZIENTE OPERANDO:</u></p> <p>convocazione in D.S. di tutto il personale di assistenza coinvolto nell'evento per l'analisi di tutte le fasi del processo alle luce delle procedure aziendale PS07 e IOP95, per l'individuazione delle cause dell'errore, in tale circostanza si è trattato di un vizio di comunicazione, sollecitato tutto il personale ad identificare i pazienti la corretta modalità e non con la patologia, la stanza di degenza, il letto. L'errore intercettato all'ingresso del complesso operatorio dove è stato eseguito il doppio check come da IOP95. E' stata anche erogata nuova formazione sulle procedure relative all'identificazione del paziente.</p> <p><u>MIDRANE: vedi scheda farmacovigilanza.</u></p>

Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<u>ERRATA IDENTIFICAZIONE PROVETTA:</u> analisi di tutte le fasi del processo alle luce delle procedura aziendale IOP12, per l'individuazione delle cause dell'errore, richiamo della formazione e sollecito scritto della D.S. ad un'attenta e sistematica applicazione delle procedure aziendali.
--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B. PREVENZIONE DELL'ANTIBIOTICORESISTENZA E DELLE INFEZIONI IN AMBITO ASSISTENZIALE

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normativa di riferimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza 2017-2020 ▪ CIRC. MIN. SAL. N° 35470 del 06/12/2019 "AGGIORNAMENTO INDICAZIONI SORVEGLIANZA E CONTROLLO INFEZIONI DA CRE" ▪ DGRC 860 29/12/2015 Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 Azione G6-G7 ▪ DGRC n° 36 del 01/06/2016 Modifiche Piano Regionale Prevenzione 2014 - 2018 Azione G6-G7 ▪ DGRC n° 767 28/12/2016 Linee di Indirizzo e Coordinamento per le Az. San. ed Osped. della Campania sull'Uso Appropriato degli Antibiotici e sul Controllo delle Infezioni da Organismi Multiresistenti. ▪ DCA n° 66 del 13/12/2017 Recepimento del PNCAR 2017-2020 ▪ Dir. Gen. ASL SA, Circ. 30/03/2017 Monitoraggio Attività Prevenzione e Contrasto Antimicrobico Resistenza e Infezioni Organismi Multiresistenti. ▪ Decreto Dirigenziale n° 44 del 19/02/2018 Linee di Indirizzo Attuazione Programmi Antimicrobial Stewardship ed Implementazione locale Protocolli Terapia Antibiotica ▪ Circolare Regione Campania n° 474067 02/07/2016 Indicazioni sulle Misure di Prevenzione e Controllo delle Infezioni da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania. ▪ Report SNICH Regione Campania ▪ Policlinico Sant' Orsola Malpighi Standard delle pratiche in Sala Operatoria per la prevenzione del rischio infettivo"
<p>Descrizione dello Strumento/ flusso informativo</p>	<p>Le infezioni del sito chirurgico sono tra le più frequenti correlate all'assistenza. Abbiamo preso come documento di riferimento i sistemi di sorveglianza nazionale denominato SICHER (Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico) e quello della Regione Campania denominato SNICH.</p> <p>L'obiettivo della raccolta dati è promuovere la riduzione della frequenza delle infezioni del sito chirurgico, attraverso una revisione continua dei risultati raggiunti in ciascuna unità operativa: è noto infatti dalla letteratura che è possibile ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico attraverso una sorveglianza continua con analisi periodica dei dati e con l'adozione di misure efficaci a contenere il rischio.</p> <p>Per facilitare la raccolta dei dati e migliorare la qualità e la completezza degli stessi dati, le informazioni relative al nominativo del paziente, alla durata del ricovero e alle procedure effettuate deriveranno da una scheda specifica raccolta dati di sorveglianza infezioni del sito chirurgico (deliberazione Reg. Campania n°123 del 15/02/2010), in via di preparazione; ad oggi i dati derivano da una sorveglianza passiva derivante dagli isolamenti batterici relativi ai campioni biologici pervenuti al laboratorio (tamponi di ferita, liquido di drenaggi).</p> <p>Sorveglianza dei microorganismi multiresistenti.</p> <p>Sorveglianza sull'uso appropriato degli antibiotici (calcolo delle DDD).</p>

	<p>Sorveglianza sulla compliance degli operatori sanitari alla corretta igiene delle mani (utilizzo schede di monitoraggio WHO – Calcolo del consumo di gel idroalcolico con indicatore ICSHA: per approccio multimodale della compliance all'igiene mani)</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</p>	<p>RIUNIONI DEL COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE (CIO).</p> <p>Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) è un organismo collegiale multidisciplinare a valenza aziendale con il compito di affrontare le problematiche inerenti le infezioni correlate all'assistenza e con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica delle attività.</p> <p>Il CIO contribuisce al conseguimento degli obiettivi aziendali di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni attraverso la definizione di percorsi clinici ed organizzativi e attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni. Il CIO ha le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ definire la strategia di lotta contro le infezioni in ambito assistenziale; ▪ verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo dell'efficacia di tali attività; ▪ curare la formazione del personale in tale materia; ▪ coordinare i diversi progetti attivati in ambito aziendale per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza; ▪ curare la produzione di periodici reports oltre che di una relazione annuale per la Direzione Sanitaria. <p>Come da prassi consolidata presso la Casa di Cura Tortorella sono stati attuati incontri tra la Direzione Sanitaria ed i Sanitari componenti del CIO; agli incontri, inoltre, partecipa il consulente Infettivologo che collabora con la Casa di Cura.</p> <p>In occasione delle Riunioni del:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11/07/2017 Ricostituzione CIO ▪ 03/02/2018 Regolamento CIO – Costituzione Gruppo Operativo ▪ 16/07/2018 Presentazione: Antibiotico Stewardship - Proc. Profilassi Antibiotica Perioperatopria - Utilizzo Appropriato di Detergenti e Disinfettanti - Procedura Lavaggio Mani - SWA. ▪ 15/01/2019 Presentazione Attività di Sorveglianza dell'implementazione delle procedure: <ul style="list-style-type: none"> PS29 Lavaggio Mani Precauzioni Standard e da Contatto PS01 CIO Gestione Catetere Urinario (in corso) PS03 CIO Gestione CVC e CVP (in corso); <p>29/07/2019 Riunione semestrale CIO 2/2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ installazione postazioni dispenser gel idroalcolico; ▪ PS 04 CIO Sorv Contr. Infez.da CRE con screening per tampone rettale; ▪ PS05 CIO Screening MRSA in Chir. Protesica Magg. con tampone nasale; ▪ revisione PS 02 CIO Prev. Infez. Sito Chir.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IOP 99 Gest. Medicazioni chirurgiche; ▪ tricotomia con clipper a lame monouso; ▪ lavaggio preoperatorio con manopole di clorexidina al 2%; ▪ disinfezione ambientale sale operatorie con diffusore ad Ozono; <p>13/09/2019 Riunione Straordinaria CIO x caso di sospetta TBC;</p> <p><u>Altre attività svolte durante il II semestre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento della sicurezza nella gestione degli endoscopi; ▪ miglioramento nella gestione della Sepsis; ▪ sensibilizzazione ed informazione del personale sanitario alla prevenzione delle infezioni; ▪ sensibilizzazione ed informazione dei pazienti e caregiver alla prevenzione delle infezioni; ▪ adesione alla corretta igiene delle mani ed alle altre misure per la prevenzione della trasmissione delle infezioni (con schede di valutazione) ▪ appropriatezza prescrittiva dell'antibiotico profilassi perioperatoria.
<p>Interventi / azioni correttive e di miglioramento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Installazione in tutti i reparti, servizi e spazi comuni di postazioni opportunamente identificate e chiaramente segnalate, per erogazione gel idroalcolico. 2. Esecuzione e monitoraggio del tampone rettale per screening in pazienti selezionati come da PS 04 CIO. 3. Esecuzione e monitoraggio del tampone nasale per screening in pazienti selezionati come da PS 05 CIO; terapia con Bactroban unguento nasale nei soggetti positivi per MRSA. 4. Revisione PS02 CIO Prevenzione Infezioni del Sito Chirurgico. 5. Monitoraggio della corretta esecuzione della medicazione del sito chirurgico come da IOP 99. 6. Tricotomia con clipper con testine monouso limitata al solo sito chirurgico (LG OMS ISC 2016), mai nell'immediatezza dell'intervento chirurgico e mai in sala operatoria (abolizione dei tradizionali rasoi). 7. Lavaggio preoperatorio del paziente con manipoli di clorexidina al 2%. 8. Acquisto diffusore di Ozono per la disinfezione ambientale delle sale operatorie in attività ed informazione/formazione del personale per l'uso in sicurezza. Implementazione. 9. Revisione della PS 06 CIO "Gestione di un caso di TBC" sulla base delle evidenze scientifiche disponibili; formazione/diffusione/implementazione e sorveglianza. 10. Acquisto ed implementazione di nuovo sistema digitalizzato di disinfezione di alto livello degli endoscopi con rintracciabilità dei cicli di lavaggio ed armadio d'aria medica per lo stoccaggio degli endoscopi. 11. Acquisto ed implementazione incubatore per emocoltura; inserimento nel panel di analiti per la diagnosi precoce di sepsi: Lattati e PCT. 12. Distribuzione di poster didattici per il lavaggio delle mani durante le

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento</p>	<p>principali procedure assistenziali.</p> <p>13. Informazione/sensibilizzazione dei pazienti colonizzati con distribuzione alla dimissione di brochure informativa CRE.</p> <p>14. Informazione/sensibilizzazione dei pazienti e caregiver con affissione nelle camere di degenza di poster comportamenti per la prevenzione della diffusione delle infezioni.</p> <p>15. In preparazione bundle per le principali procedure assistenziali.</p> <p>16. Sorveglianza con rilevazione compliance igiene mani con scheda con osservazione diretta – indicatore consumo gel idroalcolico.</p> <p>17. PS 07 CIO Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei Patogeni Sentinella in ambiente sanitario (in progress).</p> <p>18. Appropriata prescrizione antibiotica profilassi perioperatoria (in progress).</p>
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. DISPOSITIVO VIGILANZA

<p>Normativa di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regolamento Europeo 745/2017 “Dispositivi Medici” modificato dal Reg. UE 561 del 23/04/2020 che rinvia l’applicazione del Reg. 745/2017 dal 26/05/20 al 26/05/21 causa Emergenza COVID-19. ▪ Decreto 15 novembre 2015 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico diagnostici in vitro” – Ministero della Salute. ▪ Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico diagnostici in vitro – Regione Emilia Romagna, maggio 2013. ▪ D.Lgs. 507/92, Art.11 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE, concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”. ▪ D.Lgs. 46/97, Artt. 9 e 10 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i DM”. ▪ D.Lgs. 332/00, Art. 11 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro. ▪ Circolare del Ministero della Salute, 27 luglio 2004 “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”. ▪ Decreto Ministeriale del 15 novembre 2005 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni. ▪ Linee Guida sul sistema di vigilanza dei DM, Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea – MEDDEV 2.12-1 rev.6 2009; ▪ Nota Ministero Salute n°14126 18/02/2014 Modulo on line segnalazione incidenti dispositivi medici da parte di operatori sanitari; (c.so formazione con distribuzione di materiale didattico a tutto il personale medico 26/06/2014) ▪ P.Q. 4.6-A “ Approvvigionamento” par 6.2.1. ▪ P.Q. 4.9 – B “Gestione Manutenzione Apparecchiature ed Attrezzature”
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Descrizione dello strumento/flusso informativo</p>	<p>Il Sistema di vigilanza si prefigge di migliorare il livello di protezione e sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, riducendo la possibilità che il medesimo incidente si ripeta in luoghi e tempi diversi. Come previsto dalla normativa, tale obiettivo si persegue attraverso la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel sistema (legale rappresentante, direzione sanitaria, operatori sanitari, fabbricanti etc). Gli operatori sanitari, che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa.</p> <p>La comunicazione è effettuata tramite la Direzione Sanitaria della Struttura (c.so formazione con distribuzione di materiale didattico a tutto il personale medico 26/06/2014)</p> <p>La comunicazione deve essere inoltre inviata al fornitore e al fabbricante.</p> <p>Gli obiettivi della vigilanza sui dispositivi medici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti e tempi successivi; ▪ Permettere la condivisione delle informazioni tra l'AC e i fabbricanti in modo da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso dell'anno 2019 non sono state effettuate segnalazioni per eventi avversi.</p> <p>Vigilanza sull'utilizzo dei dispositivi medici effettuata tramite la gestione preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Avviso di sicurezza Suture intraluminari ILS J&J del Aprile 2019:</u> la Ditta ritira n° 378 lotti di suture intraluminari ILS per la presenza di clips malformate che possono compromettere l'integrità della linea di sutura, causando possibili deiscenze anastomotiche post-operatorie. ▪ <u>Prevenzione del Linfoma Anaplastico</u> a grandi cellule (ALCL) associato a protesi mammarie testurizzate, secondo le Linee Indirizzo del Ministero della salute rev. Ott. 2019. ▪ <u>Avviso Sicurezza Impianti Gel per Glaucoma "XEN45" Ditta Allergan:</u> presenza di tracce di composti lucidanti con possibili fenomeni infiammatori sino all' endoftalmite. ▪ <u>Malfunzionamento catetere epidurale PORTEX</u> della Smiths Medical: dopo alcuni utilizzi del nuovo kit PORTEX viene segnalata un difettoso funzionamento della siringa pneumatica (perdita di tenuta durante la procedura di immissione dell'ago THUOY) che potrebbe causare un rischio di perforazione della dura madre o comunque di insuccesso della tecnica.
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento</p>	<p>1. <u>Suture intraluminari ILS J&J:</u> richiesta per le vie brevi e via mail di censimento delle giacenze di sala operatoria dei lotti coinvolti nell'avviso. Le 3 suture rilevate sono state segregate in zona non conforme, imballate in scatola chiusa con la chiara indicazione di</p>

	<p>Divieto di Utilizzo e restituite agli uffici competenti per il reso. Entro le 48 ore dalla ricezione dell'avviso è stato inviato alla J&J il modulo di risposta per la predisposizione del ritiro.</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="531 465 1428 674">2. <u>Linfoma ALCL secondario ad impianto di protesi mammarie:</u> Notifica, diffusione e sensibilizzazione del personale sanitario su tutte le circolari ministeriali (Maggio-Giugno-Luglio-Ottobre2019) e delle indicazioni diagnostico – terapeutiche, a seguito delle quali sono stati diagnosticati due Sieromi Freddi periprotetici tra il personale, avviati al PDTA predisposto dal Ministero della Salute.<li data-bbox="531 680 1428 920">3. <u>“XEN-45”Ditta Allergan:</u> richiesta per le vie brevi e via mail di censimento delle giacenze dei lotti coinvolti nell'avviso. Tutti i dispositivi individuati sono stati segregati in zona non conforme, imballati in scatola chiuso con la chiara indicazione di Divieto di Utilizzo e restituite agli uffici competenti per il reso. E' stato inviato alla ditta Allergan il modulo di risposta per la predisposizione del ritiro.<li data-bbox="531 927 1428 1028">4. <u>Malfunzionamento catetere epidurale PORTEX</u> della Smiths Medical: Ritiro dei cateteri epidurali PORTEX in distribuzione e reintegro con altro dispositivo.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. FARMACOVIGILANZA	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DM 30/04/2015 “Proc Op. Sol. Tecn. Farmacovigilanza” art. 22 Resp. Farm. ▪ PS 24 “Gestione Farmaci Allertati” rev.2 Nov. 2018
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Scheda di segnalazione informatizzata ministeriale. Portale Ministero Salute per inserimento schede segnalazione. Modello M413G – nearmisses “Scheda Segnalazione Eventi Avversi e Nearmisses – Scheda Segnalazione Errore Terapia Farmacologica
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p><u>Verifica implementazione PS24</u> e adesione del personale alle prescrizioni.</p> <p><u>N. 1 Evento avverso da farmaco</u>, segnalato alla Farmacovigilanza ASL SA (PROHANCE)</p> <p><u>Diffusione comunicazioni AIFA/EMA farmaci allertati e conseguenti interventi correttivi</u> fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali per migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilendo un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>PROHANCE:</u> Inviata, entro i termini prescritti, notifica alla Farmacovigilanza dell’ASL Salerno per l’inserimento sul portale ministeriale. ▪ Gli <u>Avvisi di Farmacovigilanza</u> analizzati e trattati secondo le modalità previste nella PS 24 “Gestione Farmaci Allertati” sono stati N°28. In particolare: <u>DOMPERIDONE:</u> raccomandazioni per la minimizzazione dei rischi cardiaci ed eliminazione della prescrizione in età pediatrica. <u>CHINOLONICI E FLUOROCHINOLONICI:</u> Rischio di effetti indesiderati invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti e restrizioni d’uso. <u>MYTOMICIN:</u> Ritiro confezioni MYTOMICIN da 10 e 40 Mg per una deviazione dai processi di produzione asettici nel sito di produzione <u>METFORMINA:</u> presenza di tracce di un’impurezza di N-nitrosodimetilammina (NDMA). <u>RANITIDINA:</u> presenza di tracce di un’impurezza di N-nitrosodimetilammina (NDMA), che hanno richiesto il ritiro. <u>BIOTINA:</u> interferenza (B7 – vitamina idrosolubile del gruppo B, coenzimaR o vitamina H) con alcuni test di laboratorio (ad esempio TROPONINA falsamente bassa che può determinare la mancata diagnosi di infarto !!!). Attualmente non sono previste azioni di miglioramento, ma confermate le attuali attenzioni e prassi operative.

E. EMOVIGILANZA	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge 21 ottobre 2015, n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati; ▪ Ministero della Salute, Decreto 2 novembre 2015; disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti; ▪ Il buon uso di sangue” – Ministero della Sanità Commissione Nazionale per il Servizio Trasfusionale; ▪ Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO” – Ministero della Sanità, raccomandazione n. 5 – marzo 2007; ▪ Linee Guida NICE sull’uso appropriato delle trasfusioni di sangue (Ott. 2016); ▪ Linee Guida per il programma di Patient Blood Management - Ministero della Salute, 24 ottobre 2016. ▪ PS 14 “Procedura di identificazione del paziente al momento del prelievo di sangue – Procedura per la gestione del sangue per emotrasfusioni” ▪ Inserimento componente CDC in Comitato per il Buon Uso del Sangue (CO.BUS.) dell’ A.O.R.N. S.Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Gli obiettivi della corretta emovigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il monitoraggio degli eventi sentinella ▪ Sorveglianza implementazione della PS 14 “Procedura di identificazione del paziente al momento del prelievo di sangue – Procedura per la gestione del sangue per emotrasfusioni” ▪ Verifica presenza in cartella clinica del Modello M49Pretrasf “Registrazione dei controlli pretrasfusionali”
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Il percorso della corretta e sicura gestione del sangue e degli emocomponenti è identificato in apposita procedura condivisa con il Centro Trasfusionale di riferimento.</p> <p>Presso la Struttura è inoltre presente un’emoteca gestita e controllata internamente dal Direttore Sanitario in collaborazione con un referente aziendale dedicato, mensilmente verificata da parte del medico trasfusionista del SIT di riferimento. L’emoteca è dotata di sacca di sangue per trasfusione urgentissima sempre disponibile</p> <p><u>Reazioni avverse rilevate nel 2019: 0.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Somministrazione fattori di crescita piastrinici.</u> ▪ <u>Rapido accesso alla fornitura di sangue;</u> ▪ <u>Sicurezza paziente all’emotrasfusione;</u> ▪ <u>Controlli sulla corretta registrazione delle terapia trasfusionale in cartella clinica.</u>

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>SOMMINISTRAZIONE FATTORI DI CRESCITA PIASTRINICI:</u> Mail DS divieto di acquisto kit fattori di crescita piastrinici in ossequio al DCA 59 24 Luglio 2019. 2. <u>RAPIDO ACCESSO ALLA FORNITURA DI SANGUE:</u> La CdC ha stipulato una convenzione con il Servizio Autoambulanze Humanitas che consente un più rapido accesso alla fornitura del fabbisogno limitando i rischi connessi al traffico e alla durata del tragitto dal SIT alla CdC, utilizzando in caso di interventi prioritari la specifica “codice3”. 3. <u>SICUREZZA PAZIENTE ALL’EMOTRASFUSIONE:</u> A garanzia della sicurezza, a tutti i pazienti candidati all’emotrasfusione viene applicato un braccialetto numerato recante tutte le informazioni per la corretta identificazione. 4. <u>CONTROLLI SULLA CORRETTA REGISTRAZIONE DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE IN CARTELLA CLINICA:</u> E’ stata elaborata una checklist di indicatori di qualità di compilazione della cartella clinica tra cui: “Corretta gestione normativa trasfusioni se effettuate come da PS14” (consensi mod. M43G/ab, mod. M49Pretrasf “Registrazione dei Controlli Pretrasfusionali” come da Decr. Min. Sal. 2 Nov. 2015).
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

F. LESIONI DA DECUBITO DA COMPRESSIONE	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito - Linee guida integrali“- AHCPR 1992 – 1994 (versione italiana aggiornata a cura dell’AISLeC, novembre 2002). ▪ IOP88 “Procedura di Prevenzione e Cura delle Lesioni da Decubito” ▪ IOP89 “Procedura illustrata Lesioni da Decubito.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	“Scheda di valutazione Lesioni Cutanee” allegata alla IOP88.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Prosegue il monitoraggio delle lesioni da pressione che non risultano essere un problema consistente presso la nostra Struttura in considerazione dell’utilizzo di dispositivi di prevenzione (materassini antidecubito), della costante modifica delle posture sotto controllo del personale sanitario (infermieri e fisioterapista) e del trattamento alla prima comparsa di infiammazioni cutanee locali.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	Attualmente non sono previste azioni di miglioramento, ma confermate le attuali attenzioni e prassi operative.

G. SAFETY WALK AROUND	
Normativa di riferimento	Ministero della Salute, dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex D.G. PROG. Manuale di formazione del governo clinico; la sicurezza dei pazienti e degli operatori, Gennaio 2012.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali è presente quella dell'adozione, diffusione e implementazione di pratiche finalizzate alla riduzione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. La metodologia proposta con i Safety Walk Around focalizza l'attenzione sui luoghi dove gli eventi accadono, coinvolgendo gli operatori e nell'identificazione e risoluzione delle criticità cliniche e organizzative. Il metodo consiste in "visite" (Safety Walk Around) che i referenti delle "sicurezza" effettuano nei Reparti/Servizi al fine di far emergere ed affrontare, con il coinvolgimento di tutti, le varie problematiche legate alla sicurezza integrando competenze ed esperienze diversificate, anche al fine di un ampliamento della conoscenza e più in generale della cultura della sicurezza.</p> <p>Utilizzo di schede di rilevazione specifiche a seconda dell'oggetto dell'indagine</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<u>Prevenzione Infezioni Correlate all' Assistenza – Misure per la lotta ai MDRO (Vedi scheda B).</u>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	Valutazione dell'adesione del personale alle buone pratiche ed alle procedure aziendali specifiche per la prevenzione della trasmissione delle infezioni, e contestuali interventi on site di formazione relativi alle aree d'indagine.

H. SURGICAL Safety Check list – SSCL.	
Normativa di riferimento	<p>Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist – Ottobre 2009; IOP95 “Gestione del Paziente in Sala Operatoria dall’ Accoglienza alla Dimissione – Gestione delle Urgenze” PS 33 “Gestione Ipertermia Maligna” rev. 1 del 15/07/2019.</p>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>È una check list emanata dall’OMS e recepita dal Ministero della Salute che viene utilizzata nella pratica chirurgica per migliorare la sicurezza in sala operatoria e prevenire eventi avversi potenzialmente evitabili. È stata contestualizzata e corrisponde al modulo aziendale M49CL/AM</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ADESIONE ALLA CHECK LIST OPERATORIA</u> Migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la l’applicazione della check list per la sicurezza operatoria/sicurezza per il paziente. ▪ <u>MIGLIORAMENTO SICUREZZA STERILIZZAZIONE.</u> ▪ <u>MINIMIZZAZIONE INQUINAMENTO AMBIENTALE DI SALA OPERATORIA.</u> ▪ <u>PREVENZIONE IPERTERMIA MALIGNA.</u> ▪ <u>MIGLIORAMENTO SICUREZZA IN ANESTESIA.</u>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>ADESIONE ALLA CHECK LIST OPERATORIA</u> verifica della costante adesione all’applicazione della check list per la sicurezza operatoria/sicurezza per il paziente, tramite revisione cartelle cliniche. 2. <u>MIGLIORAMENTO SICUREZZA STERILIZZAZIONE:</u> <ul style="list-style-type: none"> - utilizzo dispositivo Steriking Seal Control per la qualificazione operativa del processo di saldatura dei confezionamenti per la sterilizzazione. - Revisione della scheda di rintracciabilità in sterilizzazione M49K-d rev. 1 del 26/06/2019, con specificazione delle diverse tipologie di device, materiali impiantabili ed altri presidi utilizzati negli interventi chirurgici. 3. <u>MINIMIZZAZIONE INQUINAMENTO AMBIENTALE DI SALA OPERATORIA:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di abbigliamento e teleria a basso rilascio particellare. - Acquisto diffusore di Ozono per la disinfezione ambientale delle sale operatorie in attività ed informazione/formazione del personale per l’uso in sicurezza. Implementazione. 4. <u>PREVENZIONE IPERTERMIA MALIGNA:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione della PS 33; allestimento di un secondo KIT di emergenza per Ipertermia Maligna e dotazione di sacche di ghiaccio per disponibilità. - Gestione preventiva di N° 2 casi di pazienti con anamnesi suggestiva per I.M. (nessun evento avverso).

5. MIGLIORAMENTO SICUREZZA IN ANESTESIA:

- **TOF:** acquisto, formazione ed implementazione dell'utilizzo del dispositivo per monitoraggio della funzione neuromuscolare per ottimizzare la miorsoluzione durante l'anestesia e per un efficiente recupero dell'attività post – operatoria.
- **BIS (indice bispettrale):** acquisto, formazione ed implementazione dell'utilizzo del dispositivo per monitoraggio del livello di sedazione e perdita di coscienza e per migliorare la gestione farmacologica ed il recupero post anestesia.

I. DATA BASE CARTELLE CLINICHE	
Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • D.Lgs 30/12/92 n. 502 – Riordino della disciplina in materia Sanitaria • D.Lgs 19/06/99 n. 229 – Norme per la razionalizzazione del Servizio Nazionale Sanitario • D.Lgs 10/08/2018 n°101 • Manuale della cartella clinica – Regione Lombardia 2007 • Monitor – Agenas – Emilia Romagna Anno VIII n. 24 • IOP59 “Gestione Cartella Clinica Controllo di Qualità Compilazione e Codifica SDO”
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Gestione non conformità / osservazioni / raccomandazioni rilasciate da Ente di Certificazione;</p> <p>Audit interni</p> <p>PQ.4.14-A “Azioni Correttive – Miglioramento”</p> <p>PQ 4.17-A “ Audit Interni”</p> <p>Checklist Indicatori di qualità della compilazione cartella clinica.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p><u>QUALITA' COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA</u></p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione task-force per controllo campione significativo di cartelle cliniche di tutti i reparti mediante la check list recante un setting predefinito di indicatori di qualità di compilazione. 2. Report dei controlli di qualità di compilazione. 3. N° 1 caso di contestazione.

Per la valutazione delle azioni intraprese, al fine di correggere errori e rischi per il paziente, in occasione del Riesame della Direzione (attuati ogni 12 mesi) si provvede ad individuare eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi di miglioramento prefissati in precedenza.

In caso di valutazioni non soddisfacenti si predispongono ulteriori azioni preventive e correttive per ottenere un risultato efficace.

5. IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI E DEGLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.

La Casa di cura Tortorella, a garanzia di una continua informazione/formazione e, con lo scopo di migliorare la qualità tecnico – professionale del proprio personale, ha da diversi anni strutturato periodici percorsi formativi dedicati ai professionisti sanitari per favorire una pratica clinico – assistenziale basata sull’appropriatezza delle cure con riferimento all’Evidence Based Practice e la formazione continua (ECM).

Nel corso dell’ultimo biennio sono state sottoposte a revisione le seguenti raccomandazioni confermate e/o integrate (ad esclusione di quelle non applicabili presso la nostra struttura) e costantemente applicate:

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE	PROCEDURA AZIENDALE CASA DI CURA TORTORELLA
Raccomandazione n. 1 , “Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio”	PS 8 “Utilizzo in sicurezza delle soluzioni concentrate di potassio cloruro KCL”.
Raccomandazione n. 2 ,“Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”	PS 21 “ Procedura conta garze, aghi e strumenti – procedura in caso di NON CORRISPONDENZA della conta di garze, aghi e strumenti”
Raccomandazione n. 3 , “Corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura”	IOP 95 “Gestione del Paziente in Sala Operatoria dall’ Accoglienza alla Dimissione – Gestione delle Urgenze” PS 07 “ Identificazione del Paziente”
Raccomandazione n. 4 , “Prevenzione del suicidio in ospedale”	In progress
Raccomandazione n. 5 , “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”	PS 14 Procedura Identificazione del Paziente al momento del Prelievo di Sangue – Procedura per la Gestione del Sangue per Emotrasfusione
Raccomandazione n. 7 , “Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica”	IOP108“Gestione Farmaci Stupefacenti”. PS20 “Labelling Siringhe Anestesiologiche” PS 24 “Gestione farmaci “allertati” IOP 53 “Prevenzione errori terapia farmacologica da abbreviazioni acronimi sigle simboli e da FARMACI SALA”
Raccomandazione n. 8 ,“Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari”	In progress

<p>Raccomandazione n. 9, “Prevenzione degli errori avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici /apparecchi elettromedicali”</p>	<p>P.Q. 4.9 – B “Gestione Manutenzione Apparecchiature ed Attrezzature” P.Q. 4.6 – A “Approvvigionamento” par.6.2.1 “Introduzione Nuovo Dispositivo Medico/ Farmaco Innovativo” C.so formazione notifica malfunzionamenti con distribuzione di materiale didattico a tutto il personale medico 26/06/ 2014</p>
<p>Raccomandazione n. 10 “Prevenzione Osteonecrosi Mascella/Mandibola da Bifosfonati”</p>	<p>Scheda promemoria paziente riguardo l'osteonecrosi della mandibola/mascella M43BIFO_DENO (Nota EMA 27 March 2015 EMA/206916/2015)</p>
<p>Raccomandazione n. 11 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”</p>	<p>NON APPLICABILE</p>
<p>Raccomandazione n. 12, “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look alike/sound alike”</p>	<p>IOP 53 “Prevenzione errori terapia farmacologica da abbreviazioni acronimi sigle simboli e da FARMACI SALA”</p>
<p>Raccomandazione n. 13 “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie “</p>	<p>IOP87 “Prevenzione Cadute Accidentali” SCALA DI CONLEY.</p>
<p>Raccomandazione n. 14 ”Prevenzione degli Errori in Terapia con Farmaci Antineoplastici”</p>	<p>In progress</p>
<p>Raccomandazione n. 15 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso</p>	<p>NON APPLICABILE</p>
<p>Raccomandazione N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p>NON APPLICABILE</p>
<p>Raccomandazione n. 17 “Riconciliazione della terapia farmacologica”</p>	<p>In progress PS 24 “Gestione farmaci “allertati”</p>
<p>Raccomandazione n. 18 “Prevenzione Errori in Terapia Farmacologica da Abbreviazioni Acronimi Sigle e Simboli”</p>	<p>IOP 53 “Prevenzione errori terapia farmacologica da abbreviazioni acronimi sigle simboli e da FARMACI SALA”</p>
<p>Raccomandazione n. 19 “Per la Manipolazione delle Forme Farmaceutiche Orali Solide”</p>	<p>In progress</p>