



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) A.C.I.S.M.O.M.

Anno 2024

PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO
CLINICAL RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO / CCICA	DIRETTORE GENERALE
Firma:	Firma:	Firma: A.C.I.S.M.O.M. Il Presidente Lorenzo Borghese
	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
	Firma:	Data:



INDICE

- 1. Contesto organizzativo**
- 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**
- 3. Descrizione della posizione assicurativa**
- 4. Resoconto delle attività del Piano precedente**
- 5. Matrice delle responsabilità del PARS**
- 6. Obiettivi ed attività**
 - 6.1 Obiettivi**
 - 6.2 Attività**
- 7. Obiettivi ed attività per la gestione del rischio infettivo**
 - 7.1. Obiettivi**
 - 7.2. Attività**
- 8. Modalità di diffusione del PARS**
- 9. Bibliografia e sitografia**

1. Contesto Organizzativo

L'Ospedale San Giovanni Battista A.C.I.S.M.O.M. è specializzato nell'assistenza e nella riabilitazione motoria e neurologica post-acuzie Cod. 56 (RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE). Ai sensi dell'art. 8 comma 5 del D.lgs. 502/1992, così come modificato dall'art. 9 del D.lgs. 517/1993, l'attività sanitaria della struttura è parte integrante del servizio sanitario pubblico, e, ai sensi del DCA 121/2011, è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio.

L'Ospedale San Giovanni Battista dispone di 240 posti letto, in regime di ricovero ordinario e day hospital.

Le attività sanitarie assicurano in modo integrato le funzioni di ricovero, le prestazioni ambulatoriali ed i servizi di diagnostica per immagini e patologia clinica, cui corrispondono altrettante Unità Operative Complesse (UOC), a loro volta comprendenti più Unità Operative Semplici (UOS). La struttura non eroga il servizio di pronto soccorso, non effettua ricoveri d'urgenza e non dispone di sale operatorie.

L'A.C.I.S.M.O.M., con la figura del Risk Manager nell'ambito della U.O. di Rischio Clinico ed Accredimento ed attraverso le Politiche di risk management e i relativi PARS, è orientato a migliorare la sicurezza delle cure a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi, in cui si inseriscono annualmente gli obiettivi identificati del PARS, hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di azioni correttive tendenti al miglioramento continuo dei processi. La gestione del Rischio Clinico diviene così un sistema di prevenzione e di contenimento degli errori evitabili, in garanzia della sicurezza dei pazienti, degli operatori e della Azienda.

Il 22 Dicembre 2022 è stato deliberato il rinnovo del CCICA, avvalendosi di un consulente Infettivologo dell'IRCCS Lazzaro Spallanzani, così come da convenzione in atto, nell'ambito di un programma di Antimicrobial Stewardship.

L'Azienda ha già partecipato al Progetto 7.3 del Piano Regionale per il Contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e monitoraggio dell'uso di antibiotici ed invia costantemente le segnalazioni obbligatorie relativi alle ICA ed alle malattie infettive, come da apposite procedure aziendali che recepiscono le normative vigenti.

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	219	Posti letto Medicina Fisica Riabilitativa cod. 56	199
		Posti letto alta specialità Neuroriabilitazione cod.75	20
Posti letto diurni	21		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari ^(A)	1552	Ricoveri diurni ^(A)	318
Branche specialistiche	23	Prestazioni ambulatoriali erogate ^(B)	396.587

(A): Dati forniti dall'Ufficio SIO e aggiornati al 27/01/2023.

(B): Dati relativi al poliambulatorio Ospedale San Giovanni Battista ACISMOM

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	(72%)	Strutturali (40%) Procedure/Comunicazione (60%)	Procedure/Comunicazione (90%) Tecnologiche (10%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi ^(A)	(28%)			
Eventi Sentinella ^(A)	(0%)			

Dall’analisi degli eventi occorsi nel 2023, si evidenzia anche quest’anno propensione da parte degli operatori alla segnalazione di Near Miss e di eventi avversi relativi a cadute (199 su 227 eventi avversi/Near Miss), seppur con un incremento sostanziale e costante nella segnalazione di eventi diversi, anche grazie alla diffusione della procedura di incident reporting per tutte le tipologie di segnalazione. I due eventi sentinella segnalati sono relativi ad altrettanti episodi di violenza su operatori a rilevanza organizzativa, per i quali sono state individuate delle azioni di miglioramento.

Tabella 5 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (ai sensi dell’art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2019	5	315.000
2020	5	0
2021	1	1.920
2022	6	0
2023	3	458.296
Totale	20	775.216

(A): sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.) per l’Ospedale San Giovanni Battista, disaggregati dalle strutture ambulatoriali nazionali.

Dal 2016 è attivo un Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), organismo professionale multidisciplinare autonomo, al servizio della Direzione Generale, al quale sono attribuiti compiti di consulenza e di trattazione dei contenziosi di ogni ordine e grado e per la definizione e liquidazione in via stragiudiziale di richieste risarcitorie relative a Responsabilità Civile verso terzi



e verso prestatori di lavoro (RCT/RCO). Le finalità, la composizione ed il funzionamento del Comitato sono regolati da apposito regolamento approvato.

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	31/12/2021	Unipol SAI	426.122,00	150.000,00	Aon
2022	31/12/2022	Unipol SAI	426.122,00	150.000,00	Aon
2023	31/12/2023	Unipol SAI	426.122,00	150.000,00	Aon

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nel PARS 2023 si erano individuate 15 differenti attività specifiche e nella successiva Tabella si dettaglia per ciascuna il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2023.

ACISMOM ha partecipato anche per il 2023/2024 al monitoraggio Ministeriale sulle raccomandazioni Ministeriali.

Quale Patient Safety Indicator contestualizzabile per il setting assistenziale si è preso in considerazione il PSI 08 (In Hospital Fall with Hip Fracture Rate) con valore dei 0 fratture di anca per 1000 giornate di degenza.

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
OBBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1. Attività formativa sul campo di "wound care".	NO	Attività rimandata al 2024.
Attività 2. Individuazione ed adozione di Indici di Qualità Assistenziale e diffusione dei report con cadenza semestrale.	SI	La relativa reportistica è stata effettuata con cadenza trimestrale.
Attività 3. Corso FAD "Lavoro in Equipe".	SI	Corso FAD attivato per i coordinatori e per la Direzione delle Professioni Sanitarie
Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
Attività 4. Corso FAD "La sicurezza aziendale in ambito ospedaliero: gestione del rischio, prevenzione e protezione".	SI	Il personale ha partecipato per la quota prevista alla attività formativa.

Attività 5. Redazione della procedura aziendale per la gestione degli ausili terapeutici.	SI	Procedura redatta in parziale messa in atto, in attesa di diffusione.
Attività 6. Delibera del Gruppo di Lavoro e redazione della Procedura Aziendale per la Gestione del Sondino Naso-Gastrico.	NO	Attività rinviata al 2024.
Attività 7. Delibera del Gruppo di Lavoro per la prevenzione delle cadute e realizzazione di una mappa dei rischi per le cadute dei degenti.	SI	Deliberato il gruppo di lavoro. Individuate delle criticità, per le quali sono state adottate delle misure di miglioramento, indirizzate alla corretta informazione della persona assistita (opuscoli informativi, ecc.). Redatta reportistica con le situazioni più a rischio.
Attività 8. attività formativa sulla corretta compilazione della cartella clinica: strumento di lavoro e indice di qualità.	SI	Attività formativa ampliata anche al Consenso alle Cure ed alla nomina del Fiduciario.
ATTIVITÀ 9: verifica sulla corretta compilazione delle cartelle cliniche con adozione di una check list condivisa sulla qualità della documentazione clinica con stesura di report alle rispettive UU.OO.	SI	Reportistica effettuata nell'ambito della certificazione ISO 9001.
ATTIVITÀ 10: Mantenimento della Certificazione di Ente terzo a norma UNI EN ISO 9001	SI	Conferma per la Certificazione ISO 9001, con aggiunta della certificazione 45001.
Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.		
ATTIVITÀ 11: Redazione di Procedura Aziendale sull'Handover Infermieristico.	NO	Attività rinviata al 2024
ATTIVITÀ 12: Implementazione e redazione di Procedura Aziendale, nonché	NO	Attività rinviata al 2024

costituzione e formazione di PICC TEAM.		
<i>Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.</i>		
ATTIVITÀ 13: Partecipazione alle riunioni del tavolo permanente del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)	SI	Partecipazione al 100% delle riunioni del tavolo permanente effettuate nel 2023.
Attività 14: implementazione procedure / buone pratiche cliniche su cloud Regionale secondo indicazione del Centro Regionale Rischio Clinico	SI	Recepite le linee di indirizzo Regionali sulla revisione/redazione di Procedure Aziendali.
Attività 15. Inserimento nel flusso SIMES dei Near Miss, Eventi Avversi e Eventi Sentinella pervenute entro il 31/12/2023 secondo indicazioni ministeriali	SI	Inviare segnalazioni di tutti gli Eventi Avversi segnalati nel corso dell'anno attraverso l'incident reporting e di cui il Rischio Clinico è venuto a conoscenza.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

OBIETTIVI E ATTIVITA' SVOLTE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il 30/03/2011 è stato istituito il Comitato di Lotta contro le Infezioni Ospedaliere (CLIO) con compiti di definire le strategie di lotta contro le Infezioni Ospedaliere. Il 25 Marzo 2020 è stata deliberata la nomina del CCICA, al fine di aggiornare il CLIO all'evoluzione dell'organizzazione e delle norme vigenti, avvalendosi di un consulente Infettivologo dell'IRCCS Lazzaro Spallanzani, così come da convenzione in atto. Il 22 Dicembre 2022 è stato deliberato il rinnovo del CCICA.

A partire dal 2019 la U.O. del Laboratorio Analisi si è dotata di Software in grado di raccogliere le statistiche relative alle ICA, al fine di semplificare il controllo delle ICA e di standardizzare gli indicatori di diagnostica.

I locali aziendali sono dotati all'ingresso delle stanze di degenza, dei locali di visita, dei locali di servizio del personale e negli ambienti comuni di dispenser di gel idroalcolico. Tale dotazione è stata ulteriormente implementata presso i reparti di degenza, informando i visitatori mediante cartellonistica della importanza per la igiene delle mani.

Indicatori di diagnostica e controllo delle infezioni:

Le stanze singole che possono essere dedicate all'isolamento sono nel numero di 5. Varie altre stanze di degenza a due letti possono essere all'occorrenza dedicate a stanze singole di isolamento.

Il consumo di soluzione idroalcolica annuo è stato di 588 litri nel corso del 2023, pari ad un consumo di 8 l/1000 giornate di degenza (72589).

Sono state eseguite 11,14 emocolture/ 1000 giornate di degenza e 2,2 analisi per il rinvenimento di C. difficile a livello fecale per 1000 giornate di degenza.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.		
ATTIVITÀ 1: Attività formativa "Gestione razionale delle infezioni urinarie nosocomiali".	SI	Attività formativa in sede effettuata dallo specialista urologo: La rilevanza della gestione del paziente urologico in ambito riabilitativo. Prevenzione del rischio infettivo".
ATTIVITÀ 2: implementazione del Piano Aziendale per la Igiene delle Mani 2023	SI	Raggiunto almeno il livello Intermedio nel 100 %.
ATTIVITÀ 3: attività formativa di e-learning in convenzione con l'INMI Lazzaro Spallanzani sulla Igiene delle Mani.	SI	Formazione effettuata per mezzo di vari eventi FAD.
ATTIVITÀ 4: Identificazione di gruppo di lavoro per la prevenzione delle infezioni urinarie e redazione delle linee guida aziendali per la corretta gestione del catetere urinario	NO	Attività rinviata al 2024. Avviata formazione del personale sulla corretta gestione del catetere urinaria dallo specialista urologo.
ATTIVITÀ 5: Revisione della Procedura Aziendale per la programmazione dei ricoveri con modulo di integrazione informazioni su quadro infettivo e terapeutico.	SI	Procedura in corso di ulteriore revisione sulla base delle nuove linee guida ministeriali per la riabilitazione post-acuzie.
ATTIVITÀ 6: Revisione della Procedura Operativa per le emocolture e calcolo/diffusione dell'indice	SI	Revisione effettuata. Il calcolo/diffusione dell'indice di contaminazione potrà essere disponibile dalla seconda metà del 2024.



<i>di contaminazione delle emocolture.</i>		
ATTIVITÀ 7: <i>Elaborazione di report semestrali su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti.</i>	SI	<i>Elaborati e diffusi ai responsabili delle UU.OO. i report semestrali su germi sentinella e consumo antibiotici.</i>
ATTIVITÀ 8: <i>Elaborazione di attività di verifica e formazione sul campo in merito al rispetto dei protocolli di gestione del catetere urinario.</i>	SI	<i>Eseguito audit nei reparti e mediante la revisione di 100 cartelle cliniche sulla corretta gestione del catetere urinario. Redatto un report in corso di verifica da parte del CCICA per la successiva diffusione</i>



5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Risk Manager	Risk Manager	Direttore Sanitario / Presidente CCICA	Affari Legali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione PARS e (eccetto i punti 2, 3, 7)	R	C	C	C	C
Redazione tabella 6 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C
Redazione punto 7	C	R	I	I	I
Adozione PARS con deliberazione	I	C	I	R	C
Monitoraggio PARS (eccetto punto 7)	R	C	I	I	C
Monitoraggio punto 7	C	R	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1 Obiettivi

Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di accreditamento, di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, orientate a promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. In questo capitolo vengono declinati gli obiettivi e le relative attività ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, per i quali si rimanda al punto A7, in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

Nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS (Determina G00643 del 25/01/2022) ed in coerenza con la mission dell'Azienda sono stati identificati per l'anno 2024 i seguenti OBIETTIVI STRATEGICI:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.*
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.*
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.*
- D) Partecipare alle attività Regionali in tema di Risk Management.*



6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: *Corso formativo sulle tecniche di de-escalation per la prevenzione della violenza sugli operatori.*

INDICATORE

>70% dele personale di front-office e della rete ambulatoriale del Lazio.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management/Direzione Amministrativa

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Gruppo di Lavoro	Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa
<i>Realizzazione della attività formativa</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
<i>Verifica partecipazione al corso</i>	<i>R</i>	<i>I</i>	<i>I</i>

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 - *Attività formativa "Elementi per la corretta interpretazione dell'elettrocardiogramma".*

INDICATORE

Realizzazione di almeno tre incontri formativi entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk manager	Ufficio Formazione
<i>Realizzazione attività formativa</i>	<i>C</i>	<i>R</i>
<i>Verifica partecipazione al corso</i>	<i>I</i>	<i>R</i>



OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: Attività formativa sul campo "la valutazione ecografica del residuo urinario post-minzionale"

INDICATORE

Formazione del 30 % del personale infermieristico entro 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management/Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Gruppo di Lavoro	Direzione Sanitaria	DIPS
Realizzazione della attività formativa	R	C	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 4: Attività formativa "Aggiornamento sulle linee guida per la terapia del dolore".

INDICATORE

Realizzazione di almeno un incontro formativo per il personale medico entro 2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Ufficio Formazione	Direzione Sanitaria
Realizzazione della attività formativa	R	I



OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 5: attività di addertamento/simulazione nella gestione delle urgenze mediche in reparto.

INDICATORE

Realizzazione di almeno una simulazione per ogni reparto di degenza entro il 2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria	Responsabili UU.OO.
Realizzazione delle attività di addestramento	R	I	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.

ATTIVITÀ 6: Redazione di Procedura Aziendale sulla prevenzione ed il trattamento delle reazioni avverse ai mezzi di contrasto.

INDICATORE

Redazione della procedura aziendale entro 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

U.O. Radiologia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Radiologia	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Generale
Redazione della procedura	R	C	C	I
Diffusione della procedura	C	R	C	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.

ATTIVITÀ 7: Implementazione e redazione di Procedura Aziendale, nonché costituzione e formazione di PICC TEAM.

INDICATORE

Redazione della Procedura Aziendale ed individuazione del PICC TEAM entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

DIPS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria
<i>Redazione della procedura</i>	R	C
<i>Diffusione della procedura</i>	R	R

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.

ATTIVITÀ 8: Redazione ed implementazione di Procedura Aziendale per la adozione della scala di valutazione dello stato clinico "National Early Warning Scores" (NEWS)

INDICATORE

Redazione della Procedura Aziendale entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria
<i>Redazione della procedura</i>	R	C
<i>Diffusione della procedura</i>	C	R



OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 9: Partecipazione alle riunioni del tavolo permanente del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC).

INDICATORE

Numero di presenze (al netto delle assenze giustificate) / numero di sedute del CRRC convocate.

STANDARD

>75%

FONTE

Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk manager	CRRC Regione Lazio
Convocazione riunioni	C	R
Partecipazione riunioni	R	C

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 10: implementazione procedure / buone pratiche cliniche su cloud Regionale secondo indicazione del Centro Regionale Rischio Clinico.

INDICATORE

Inserimento sul cloud regionale delle Procedure Aziendali entro il 31/12/2024 e secondo le tempistiche del CRRC.

STANDARD

SI

FONTE

Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	CRRC Regione Lazio
Invio procedure su cloud	R	C



OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 11: Inserimento nel portale SIREs dei Near Miss, Eventi Avversi, Eventi Sentinella e dei sinistri.

INDICATORE

Inserimento nel flusso SIEMES dei Near Miss, Eventi Avversi e Eventi Sentinella pervenuti tramite Incident Reporting/Sinistri/Iniziativa autorità giudiziaria secondo indicazioni ministeriali.

STANDARD

SI

FONTE

Ministero della Salute - Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk manager
<i>Recepimento evento</i>	<i>R</i>
<i>Inserimento evento</i>	<i>R</i>
<i>Monitoraggio evento</i>	<i>R</i>

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;**
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;**
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).**

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1: Redazione di procedura aziendale per la gestione delle ferite post-chirurgiche.

INDICATORE

Redazione e diffusione della procedura entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI.

FONTE

Linee guida OMS e ISS.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	DIPS	Direzione Sanitaria
Realizzazione dell'attività formativa	R	R	C



OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 2: Redazione Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione delle sepsi.

INDICATORE

Redazione della procedura entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI.

FONTE

Linee guida CDC

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Laboratorio Analisi	Direzione Sanitaria
<i>Redazione della procedura</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER MANTENERE O MIGLIORARE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO.

ATTIVITÀ 3: implementazione del Piano Aziendale 2024.

INDICATORE

Mantenimento o miglioramento del livello "Intermedio" nelle varie Sezioni entro 31/12/24.

STANDARD

SI

FONTE

CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
<i>Implementazione del Piano</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>R</i>

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 4: Attività formativa in presenza "terapia antibiotica empirica".

INDICATORE

Realizzazione di almeno un incontro formativo per il personale medico entro il 31/12/2024

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Ufficio Formazione
Realizzazione della attività formativa	R	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 5: Calcolo/diffusione dell'indice di contaminazione delle emocolture.

INDICATORE

Diffusione del report 2024 entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

Ministero della Salute

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Patologia Clinica	CCICA
Revisione Procedura	R	R
Diffusione Report	C	R



OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 6: Elaborazione di report semestrali su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.

INDICATORE

Realizzazione e diffusione di almeno due report entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Patologia Clinica	CCICA
Realizzazione dei report	C	R	R
Diffusione Report	C	I	R



8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- 1. Presentazione del Piano all'interno della Direzione Generale;***
- 2. Pubblicazione del PARS sul sito Intranet ed Internet aziendale;***
- 3. Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.***

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Seduta della Conferenza Stato - Regione del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo Regioni e province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n°13 l;*
- *Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.*
- *Determinazione Regionale n. G04112 depn01/04/2014 recante "Approvazione del documento recante; "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM); gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".*
- *Nota prot. n. 58028/GR/I I/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria- Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio*
- *Nota prot. n. 99218/GR/I I/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".*
- *Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)".*
- *Determina Regionale n°GI2355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".*
- *Determina Regionale n° GI2356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".*
- *Legge 8 marzo 2017 n° 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie"*
- *Nota prot. 00583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale salute e Politiche Sociali - Area programmazione della Rete ospedaliera e Risk management recante "Adempimenti LEA 2017"*
- *Determina Regionale n°GI6829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L24/20 I7.*
- *Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della Legge 24/2017"*
- *DCA 7 novembre 2017 n. U00469: «...Adozione del Manuale di accreditamento...»*
- *Legge 24/2017: «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita...»*
- *Linee guida per l'elaborazione PARM (Det. n. G00164 dell'11/01/2019)*



- *Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 mano 2003;*
- *WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";*
- *The New NHS: modern and dependable London: Stationary Office, 1997;*
- *Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;*
- *Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000;320;768-770;*
- *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=qualita&menu=formazione
- *Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";*
- *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*
- *Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";*
- *Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";*
- *Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";*
- *Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";*
- *Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";*
- *Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";*
- *Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";*
- *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;*



- *Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".*
- *Nota Regionale U 0884520 del 15/10/2020*
- *Ordinanza nr. Z00034 del 18/04/2020 Regione Lazio.*
- *Determinazione G00642 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato"*
- *Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".*