



POLICLINICO ITALIA

PARS PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PRESIDIO
CASA DI CURA - RSA
POLICLINICO ITALIA

ANNO 2023

REV. 2023	NOME	FUNZIONE
REDAZIONE	Prof. Gianfranco Tarsitani	Presidente CC-ICA
	Dott. Stefano Monami	Risk Manager
	Dott. Orazio Parello	Dirigente Infermieristico/Resp. SGQ
VALIDAZIONE E APPROVAZIONE	Dott. Stefano Monami	Risk Manager
	Prof. Gianfranco Tarsitani	Direttore Sanitario/Presidente CC-ICA
EMISSIONE	Avv. Filippo Monami	Amministratore Delegato

SOMMARIO

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	4
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	7
5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE “PARS”	8
5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO”	8
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	10
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	12
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	14
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	15

PREMESSA

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Negli anni si è visto che solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica. Il Coinvolgimento delle Professioni all'interno delle aziende sanitarie risulta essere un elemento vincente in termini di conoscenza e consapevolezza, così da favorire la disponibilità al cambiamento e l'utilizzo sinergico e consapevole dei vari strumenti offerti dal risk management.

Il Presente Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dalla Casa di Cura - RSA Policlinico Italia ai fini della prevenzione, contenimento e gestione delle Infezioni correlate all'assistenza,

Il PARS è stato elaborato sulla base di quanto indicato dal “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” approvate ed adottate con determina G00643 del 25.01.2022 della Regione Lazio.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Presidio “Casa di Cura – RSA Policlinico Italia” è una struttura sanitaria specializzata nell’assistenza riabilitativa post-acuzie e nell’assistenza a persone con problematiche geriatriche afferenti all’ “area della senescenza” (parziale o totale limitazione dell’autosufficienza) ed “all’area della disabilità” (handicap funzionali, in condizioni di notevole dipendenza).

Il Presidio ha ottenuto l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento definitivo da parte della Regione Lazio con Delibera Autorizzativa DCA U00302 del 04.07.2013, successivamente modificata con DCA U00261 del 01.09.2016 e DCA U00398 del 23.12.2016.

Ai sensi delle succitate delibere, il Presidio risulta articolato organizzativamente nei seguenti setting assistenziali (sintetizzati nella tab. 1):

- n. 72 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di “*Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56*”,
- n. 8 posti letto equivalenti di ricovero diurno per la specialità di Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56
- n. 10 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56, in regime di solvenza
- n. 60 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di tipologia “Mantenimento Alto”
- n. 10 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di tipologia “Mantenimento Basso”
- n. 10 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di tipologia “Estensivo¹”
- n. 10 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di tipologia “Intensivo”

Le prestazioni specialistiche autorizzate in regime ambulatoriale erogate nella Casa di Cura Policlinico Italia afferiscono alle seguenti discipline: Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Fisiatria, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Reumatologia, Radiodiagnostica, Fisiopatologia Cardiovascolare e Respiratoria, Neurofisiopatologia ed EEG.

Il Casa di Cura si è dotata di un Sistema di Gestione della Qualità certificato conforme alla norma ISO 9001:2015; la certificazione è stata rinnovata nel marzo del 2021.

Si riportano nella tab. 1, i dati strutturali e i volumi di attività sanitaria, in termini di episodi di ricovero, per l’anno 2022.

¹ Regione Lazio Registro Ufficiale U 0871537 del 13-09-2022. Rilascio del titolo autorizzativo e di accreditamento istituzionale temporaneo per posti residenza di Livello Assistenziale Estensivo per persone non autosufficienti anche anziane, nelle more della definizione dei procedimenti di cui al DCA n. U00187 del 31.5.2017 e s.m.i.

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività

DATI STRUTTURALI		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	<i>Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati</i>	<i>n. 72</i>
	<i>Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati</i>	<i>n. 8</i>
	<i>Posti letto ORDINARI autorizzati</i>	<i>n. 10</i>
RSA	<i>Posti ospite tipologia “Intensivo”</i>	<i>n. 10</i>
	<i>Posti ospite tipologia “Estensivo”</i>	<i>n. 10</i>
	<i>Posti ospite tipologia “Mantenimento Alto”</i>	<i>n. 60</i>
	<i>Posti ospite tipologia “Mantenimento Basso”</i>	<i>n. 10</i>

DATI DI ATTIVITÀ – anno 2022		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	<i>Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati</i>	<i>750</i>
	<i>Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati</i>	<i>149</i>
	<i>Posti letto ORDINARI autorizzati</i>	<i>42</i>
RSA <i>(nuovi ricoveri)</i>	<i>RICOVERI Nucleo Intensivo</i>	<i>14</i>
	<i>RICOVERI Nucleo Estensivo</i>	<i>47</i>
	<i>RICOVERI Nucleo Mantenimento Alto</i>	<i>24</i>
	<i>RICOVERI Nucleo Mantenimento Basso</i>	<i>1</i>

2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il Policlinico Italia ha istituito nel 01 luglio del 2004 il Comitato per le Infezioni Ospedaliere.

Per quanto concerne la sorveglianza e la gestione delle Infezioni Correlate all’Assistenza, le attività precipue sono coordinate e realizzate dalla Direzione Sanitaria con il supporto del CC-ICA e di un Infermiere Referente per la sorveglianza. All’interno del CC-ICA è presente un gruppo di lavoro “*Antimicrobial Stewardship*” per promuovere l’uso responsabile ed appropriato degli antibiotici. Al CC-ICA sono assegnate dalla Direzione Aziendale tutte le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Per le attività diagnostiche, ed in modo particolare per gli esami colturali, la Casa di Cura si avvale della Sezione Microbiologica del Laboratorio di analisi cliniche “LUISA-SAM S.r.l.”.

È stata inoltre stipulata una convenzione con l’IRCCS – INMI Lazzaro Spallanzani di Roma finalizzata alla sorveglianza sanitaria della Tuberculosis per gli operatori.

La Casa di Cura dispone di una stanza di degenza da destinare all’isolamento ed ha adottato specifiche istruzioni operative per la prevenzione e la gestione del Rischio Infettivo in ambiente ospedaliero, con particolare attenzione all’elaborazione ed implementazione delle attività e i percorsi per limitare la circolazione del SARS-CoV2, di seguito elencate:

- Piano di implementazione sull’igiene delle mani
- IO.CC-ICA.01 Cartello Area di Isolamento
- IO.CC-ICA.02 Linee di indirizzo per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo del rischio di ICA

- IO.CC-ICA.03 Sorveglianza e controllo infezioni da CPE
- IO.CC-ICA.04 Lavaggio delle mani
- IO.CIO.08 Prevenzione e trattamento delle infezioni da Clostridium difficile
- IO.CC-ICA.11 Indicazioni di trattamento antimicrobico e antimicotico Empirico
- IO.Covid19.01 Misure di contenimento dell'epidemia da COVID-19 indicazioni e chiarimenti
- IO.Covid19.02 Uso Razionale dei DPI
- IO.Covid19.03 Procedura per l'esecuzione e l'invio del tampone rino ed orofaringeo
- IO.Covid19.04 Procedura di rilevazione della temperatura all'ingresso per il personale afferente alla struttura
- IO.Covid19.05 Definizione di caso
- IO.Covid19.08 Diluizione ipoclorito di sodio
- IO.Covid19.09 Vestizione DPI
- IO.Covid19.10 Svestizione DPI
- IO.Covid19.11 Modalità di accesso e visita dei familiari
- IO.Covid19.12 Attività del Poliambulatorio e Attività del Day Hospital
- IO.Covid19.13 Rimodulazione dell'attività riabilitativa per pazienti COVID positivi
- IO.Covid19.14 Gestione della salma con sospetta o accertata malattia da SARS-COV2
- IO.Covid19.16 Vademecum Raccomandazioni per l'utente
- IO.75A.03 Sanificazione
- IO.75A.20 Prevenzione e trattamento delle Lesioni da pressione
- IO.75A.21 Gestione degli strumenti chirurgici per le medicazioni
- IO.75A.37 Protocollo Scabbia in ospedale
- IO.75A.40 Clostridium difficile - Documento informativo pazienti familiari
- IO.75A.43 Protocollo operativo per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti - Protocollo ALERT
- IO.75A.44 Protocollo per il corretto cateterismo vescicale e per la prevenzione delle infezioni urinarie correlate
- IO.75A.49 Medicazione ferite chirurgiche
- IO.75A.56 Rischio infezioni ospedaliere - Documento informativo pazienti familiari
- IO.75A.57 Rischio infezioni ospedaliere - Documento informativo alla dimissione
- IO.75B.08 Gestione dei PICC
- IO.SPP.04 Prevenzione delle infezioni occupazionali trasmissibili attraverso il sangue o per contatto con liquidi biologici
- IO.SPP.15 Dispositivi di protezione individuale
- IO.SPP.18 Precauzioni standard, da contatto e da droplet
- All. n. 18 al DVR - Valutazione del rischio biologico

Sono inoltre presenti in ogni reparto e in ogni punto di assistenza, a disposizione degli operatori e dei familiari/visitatori, dispenser di gel idroalcolico per l'igiene delle mani. Gli operatori sono comunque costantemente sensibilizzati al problema anche attraverso le informative (cartelli) disponibili in tutti gli ambienti.

Ogni episodio infettivo di nuova insorgenza viene segnalato alla Direzione Sanitaria con le modalità previste dalla Istruzione Operativa “IO.CC-ICA.02 Linee di indirizzo per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo del rischio di ICA”, in ottemperanza a quanto stabilito dal DM 15 dicembre 1990; qualora l’episodio dovesse presentare i caratteri dell’evento avverso o dell’evento sentinella, questo deve essere segnalato anche al Risk Manager con le modalità previste dalla Istruzione Operativa “IO.75A.48 - Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi e gli Eventi Sentinella” utilizzando la Scheda di Incident Reporting (Mod.75A.127).

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell’anno 2022 si sono verificati complessivamente n. 40 eventi riconducibili al rischio clinico, rappresentati per la totalità da cadute accidentali, tutte senza gravi conseguenze. La maggior parte degli eventi è da ricondursi al paziente per mancata adesione al piano assistenziale o per presenza di patologie pregresse, che costituiscono esse stesse determinanti di rischio.

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 67,5% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, il 20% ha riferito un lieve dolore mentre il 12,5% ha riportato una lieve contusione e/o lieve escoriazione. Nessuno degli eventi ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza né risulta, al momento, alcuna richiesta di risarcimento.

Nonostante quanto sopra è stata raccomandata la programmazione di apposite riunioni di equipe al fine di sensibilizzare ulteriormente il personale ad una attenzione maggiore durante le attività di assistenza quotidiana. Nell’anno 2022 non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella, non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici né eventi riconducibili alla somministrazione di farmaci.

Gli eventi occorsi nel 2022 (ai sensi dell’art. 2 comma 5 della Legge n. 24/2017) sono sinteticamente descritti nella tab. n. 2:

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	N. 40 (100%)	100%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi	N.0 (0%)	0%			
Eventi Sentinella	N.0 (0%)	0%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

Secondo quanto previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario è reso disponibile a tutti i dipendenti attraverso briefing con i Responsabili dei reparti/servizi e all'esterno mediante pubblicazione sul proprio sito aziendale "www.policlinicoitalia.it" all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, dove è disponibile un link che consente di arrivare direttamente alla consultazione del documento.

I dati relativi ai sinistri ed i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, riferibili unicamente a rischio clinico, sono sintetizzati nella tab. n. 3.

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2022	1	0	0
2021	0	0	0
2020	0	0	0
2019	1	0	0
2018	0	0	0
Totale	2	0	0

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

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2023	Polizza n. 5038513NZ (sc.31.12.2023)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.
2022	Polizza n. 5038513NZ (sc.31.12.2022)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.
2021	Polizza n. 5035510VT (sc.31.12.2021)	SARA Assicurazioni	€ 110.400,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportate le attività previste nel PARS dell'anno 2022; tutte le attività risultano realizzate come comprovato dalle evidenze documentali riportate nelle sottostanti tabelle.

5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE “PARS”

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sui nuovi standard per la gestione e somministrazione dei farmaci	SI	Piano Formativo Aziendale

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	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso per la gestione del paziente amputato	SI	Piano Formativo Aziendale
Attività 3 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Linee Guida clinico assistenziali	SI	Piano Formativo Aziendale
Attività 4 Introduzione del braccialetto per l'identificazione certa ed univoca del paziente	SI	Istruzione Operativa "IO.75A.30 Rev.1 Corretta identificazione della persona assistita"

OBIETTIVO C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sul Rischio Clinico e Occupazionale al personale neo-assunto	SI	Piano Formativo Aziendale

5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'importanza delle Igiene delle mani	SI	Piano Formativo Aziendale

OBIETTIVO B – 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		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2 Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta	SI	Emissione report
Attività 3 Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	Emissione report

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	Realizzata ³	Stato di attuazione
Attività 4 Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2022: infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore	SI	Effettuazione di due rilevazioni puntuali: una in gennaio/febbraio/marzo, l'altra in luglio/agosto/settembre 2022. Prodotto e condiviso il report
Attività 5 Consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE	SI	Emissione rapporto sulle infezioni da CRE e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto. Prodotto e condiviso il report

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- il Responsabile del Sistema Gestione Qualità redige il PARS e lo invia al CRRC;
- il Risk Manager redige e monitora l'implementazione del PARS;
- Il Direttore Sanitario/Presidente del CCICA redige e monitora l'implementazione della parte del piano specifica sul rischio infettivo (paragrafo 7);
- il Legale Rappresentante redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (paragrafo 2 tabella 3 e paragrafo 3 tabella 4);
- la Direzione Strategica/Proprietà della Struttura si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Tabella 5 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/Presidente CCICA	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direzione Strategica	Amministratore Delegato	Responsabile SGQ
Redazione PARS	C	R	C	C	C	R
Redazione Tabella 3 e 4	C	C	R	I	C	C
Redazione par. Rischio Infettivo	R	C	I	I	I	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio par. 7	R	C	I	I	I	C

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARS (Determinazione Regionale n. G00643 del 25.01.2022 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", sono stati identificati e ritenuti prioritari gli obiettivi strategici per l'anno 2023 di seguito illustrati.

6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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.

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale dei pazienti ortopedici

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

STANDARD

Partecipazione di almeno il 70%

FONTE: Risk Manager/Responsabile Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Tecniche di Mirror Therapy e il suo utilizzo nell'ictus

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

STANDARD

Partecipazione di almeno il 70%

FONTE: Risk Manager; Responsabile Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

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 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sui Protocolli di riabilitazione cardio respiratoria		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023		
STANDARD Partecipazione di almeno il 70%		
FONTE Risk Manager; Responsabile Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

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 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sugli strumenti di analisi reattiva e proattiva per la gestione degli eventi avversi		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023		
STANDARD Partecipazione di almeno il 70%		
FONTE Risk Manager; Responsabile Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

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 5 - Revisione procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute				
INDICATORE Integrazione delle recenti LG Nazionali e Regionali				
STANDARD Revisione dell'Istruzione Operativa entro il 31.12.2023				
FONTE Risk Manager, Responsabile SGQ				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	Medici Responsabili	Coordinatori Infermieristici	Direttore Sanitario
Revisione	R	C	C	C
Approvazione	I	I	I	R
Diffusione	I	R	C	C
Verifica applicazione	R	C	C	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 – Progettazione e indagine sul benessere organizzativo attraverso somministrazione di questionario anonimo ai dipendenti		
INDICATORE Esecuzione di almeno una indagine entro il 31/12/2023		
STANDARD Restituzione di almeno il 60% dei questionari compilati		
FONTE: Risk Manager/Responsabile Formazione/Responsabile della Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.			
ATTIVITÀ 7 – Certificazione ISO 9001/2015			
INDICATORE Mantenimento del certificato ISO 9001/2015 entro il 30-06-2023			
STANDARD Presenza certificato			
FONTE: Sistema Gestione Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Responsabile SGQ	Direttore Sanitario	Amministratore Delegato
Programma di dettaglio Audit Interno	R	C	C
Audit interno	R	C	C
Rapporti Audit Interni	R	C	C
Riesame di Direzione	R	C	R
Preparazione documentazione	R	C	C
Audit Certificazione	R	R	C

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

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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 31/12/2023 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 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'importanza delle Igiene delle mani

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

STANDARD

Partecipazione di almeno il 70%

FONTE: CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	R

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

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 RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta

INDICATORE

Effettuazione indagine

STANDARD

Emissione report entro il 31.12.2023

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Medici Responsabili	Coordinatori Infermieristici	Osservatori
Programmazione e disegno di indagine	R	C	I	C
Effettuazione rilevazioni	C	C	C	R
Analisi dei risultati	R	I	I	R

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

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 RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;

ATTIVITÀ 3 – Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE

Emissione di rapporti semestrali sul consumo espresso in litri/1000gg di degenza ordinaria

STANDARD

Emissione di almeno un report entro il 31/01/2024

FONTE: CC-ICA – Software gestionale contabilità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Coordinatori Infermieristici	Economato	Osservatori
Elaborazione Report	C	C	R	C
Trasmissione Report	R	I	I	C
Definizione programma di miglioramento	R	C	I	I

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

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 – Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2023: infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore				
INDICATORE Effettuazione di due rilevazioni puntuali: una in gennaio/febbraio/marzo 2023, l'altra in luglio/agosto/settembre 2023				
STANDARD Emissione report				
FONTE: CCICA – Cartelle cliniche				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Medici Responsabili	Coordinatori Infermieristici	Direttore Sanitario
Programmazione e disegno di indagine	C	C	I	R
Effettuazione rilevazioni	C	R	C	
Analisi dei risultati	R	C	C	I

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

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 – Consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE				
INDICATORE Emissione rapporto sulle infezioni da CRE e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto				
STANDARD Report entro 31.01.2024				
FONTE CCICA – Cartelle cliniche				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Medici Responsabili	Laboratorio Analisi	Direttore Sanitario
Estrapolazione dati	C	C	R	I
Elaborazione Report	R	C	C	C
Trasmissione Report	R	C	I	C
Definizione programma di miglioramento	R	C	C	R

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

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La diffusione del presente PARS è prevista con le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito web aziendale;
- Pubblicazione sul portale interno aziendale (*Wiki*);
- Invio a mezzo mail ai Responsabili Medici, ai Coordinatori e ai Referenti dei Servizi;
- Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei Responsabili Medici e dei Coordinatori Infermieristici;
- Invio all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11-01-2019, "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
2. Determinazione Regione Lazio n. G00164 del 11-01-2019, "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
3. Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020, "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020";
4. Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021, Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
5. Determinazione Regione Lazio n. G09956 del 22 luglio 2021, Approvazione della revisione del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita";
6. Determinazione Regione Lazio n. G10851 del 16 settembre 2021, Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
7. Determinazione Regione Lazio n. G00462 del 25 gennaio 2022, Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato";
8. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022, "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
9. Determinazione Regione Lazio n. G14889 del 31 ottobre 2022, "Misure per la prevenzione e gestione dei contagi da COVID-19: utilizzo delle mascherine nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, nel periodo 1 novembre 2022 - 31 marzo 2023";
10. Determinazione Regione Lazio n. G15198 del 06 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;
11. Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

DIRIGENTE INFERMIERISTICO/R-SGQ

Dott. Orazio Parella



IL PRESIDENTE DEL CC-ICA

Prof. Gianfranco Tarsitani



IL RISK MANAGER

Dott. Stefano Monami



AMMINISTRATORE DELEGATO

Avv. Filippo Monami



Roma 31.01.2023