POLICLINICO ITALIA

PARS

PIANO ANNUALE
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PRESIDIO

CASA DI CURA - RSA
POLICLINICO ITALIA

ANNO 2024

REV. 2024	NOME	FUNZIONE
REDAZIONE	**Prof. Gianfranco Tarsitani** **Dott. Stefano Monami** **Dott. Orazio Parello**	Presidente CC-ICA Risk Manager Dirigente Area Infermieristica/RSGQ
VALIDAZIONE E APPROVAZIONE	**Dott. Stefano Monami** **Prof. Gianfranco Tarsitani**	Risk Manager 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 8
5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE "PARS" 8
5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO" 9
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 9
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 10
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 13
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 16
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 17

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) della Casa di Cura - RSA Policlinico Italia definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall'organizzazione per la prevenzione, contenimento e gestione di eventi avversi, con l'obiettivo di garantire la sicurezza dei pazienti, migliorare la qualità delle cure. La gestione del rischio clinico mira a garantire la sicurezza dei pazienti, prevenendo gli errori evitabili e contenendo i possibili effetti dannosi. La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di errori è fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza dell'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, DCA U00398 del 23.12.2016 e DGR Regione Lazio n. 618 del 09.10.2023.

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 livello "Mantenimento Alto"
- n. 20 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di livello "Estensivo"
- n. 10 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di livello "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 febbraio del 2024 con scadenza il 17 marzo 2027.

Si riportano nella tab. 1, i dati strutturali e i volumi di attività sanitaria, in termini di episodi di ricovero, per l'anno 2023.

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività

DATI STRUTTURALI		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	*Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati*	*n. 72*
	Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati	*n. 8*
	Posti letto ORDINARI autorizzati	*n. 10*
RSA	*Posti ospite tipologia "Intensivo"*	*n. 10*
	Posti ospite tipologia "Estensivo" (fino al 10.10.2023)	*n. 10*
	Posti ospite tipologia "Estensivo" (dal 10.10.2023)	*n. 20*
	Posti ospite tipologia "Mantenimento Alto"	*n. 60*
	Posti ospite tipologia "Mantenimento Basso" (fino al 10.10.2023)	*n. 10*

DATI DI ATTIVITÀ – anno 2023		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	*Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati*	*765*
	Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati	*151*
	Posti letto ORDINARI autorizzati	*125*
RSA *(nuovi ricoveri)*	*RICOVERI Nucleo Intensivo*	*14*
	RICOVERI Nucleo Estensivo	*56*
	RICOVERI Nucleo Mantenimento Alto	*17*
	RICOVERI Nucleo Mantenimento Basso	*0*

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.

Sotto il profilo organizzativo della Struttura si evidenzia, inoltre che:

- 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.".
- la sorveglianza per la legionellosi, oltre alle misure preventive adottate dal Policlinico Italia (allegato DVR), in ciascun impianto, risulta istallato da una ditta esterna, un sistema di disinfezione dell'acqua in continuo dotato di dosatori ed analizzatori in continuo che utilizza prodotti con potere biocida.
- il Presidio Casa di Cura -RSA ha stipulato una convenzione con l'IRCCS – INMI Lazzaro Spallanzani di Roma finalizzala alla sorveglianza sanitaria della Tubercolosi 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, di seguito elencate:

- Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare (HACCP).
- 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.Covid19.08 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.02 Prelievo, trasporto materiali biologici
- IO.75A.03 Sanificazione
- IO.75A.09 Prodotti per l'igiene ambientale
- IO.75A.16 Emogasanalisi
- 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.75A.60 Trasporto, porzionatura e somministrazione del vitto
- 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 7 marzo 2022; 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 2023 si sono verificati complessivamente n. 62 eventi riconducibili al rischio clinico, rappresentati da cadute accidentali, nella quasi totalità 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 71% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, il 21% ha riportato una lieve contusione e/o lieve escoriazione, il 6% ha riferito un lieve dolore, mentre il 2% evento avverso (1 caso). 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 2023 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 2023 (ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge n. 24/2017) sono sinteticamente descritti nella tab. n. 2:

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (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. 61 (98%)	100%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi	N.1 (2%)	100%			
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.

Tutti gli eventi occorsi nel 2023 sono stati inseriti sulla piattaforma SI.RE.S (https://sires.regione.lazio.it/sires/#/home)

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)]
2023	1	0	0
2022	1	0	0
2021	0	0	0
2020	0	0	0
2019	1	0	0
Totale	3	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
2024	Polizza n. 5044886BI (sc.31.12.2024)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.
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.

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportate le attività previste nel PARS dell'anno 2023; tutte le attività risultano documentate e 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 sulle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale dei pazienti ortopedici	no	Attività traslate per l'anno 2024. Per quanto riguarda il **diffondere la cultura della sicurezza delle cure il Policlinico Italia ha analizzato** la qualità percepita degli utenti attraverso dei questionari ed i risultati dell'analisi fanno emergere una buona soddisfazione nel giudicare i servizi, l'assistenza erogata, la corretta informazione sullo stato di salute, il percorso terapeutico e riabilitativo ad personam nonché sulla continuazione delle cure e promozione della salute al termine della degenza. Sempre nel corso dell'anno 2023 sono stati avviati campagne di sensibilizzazione circa vari temi (tabagismo, igiene delle mani, malattie croniche e neurodegenerative ecc.) che interessano non solo gli utenti e familiari/caregiver ma anche i professionisti che lavorano presso la struttura e che vogliono coinvolgere, come nel caso della partecipazione alla "Settimana del cervello" con l'evento "GOOD MORNING PARKINSON! – Ri-conoscersi dopo la diagnosi", anche il territorio.
Attività 2 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Tecniche di Mirror Therapy e il suo utilizzo nell'ictus	no	

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 3 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sui Protocolli di riabilitazione cardio respiratoria	no	Attività traslata per l'anno 2024
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	si	Piano Formativo Aziendale
Attività 5 Revisione procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute	si	Emessa in revisione 1 l'Istruzione Operativa *"IO.75A.30 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 6 Progettazione e indagine sul benessere organizzativo attraverso somministrazione di questionario anonimo ai dipendenti	si	Sistema Gestione Qualità
Attività 7 Certificazione ISO 9001/2015	si	Sistema Gestione Qualità

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 – 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	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 2 Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta	si	Emissione report e condivisione dei risultati
Attività 3 Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	si	Emissione report e condivisione dei risultati

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 2023: infezioni del sito chirurgico, 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 la parte degli indicatori ed invia il PARS 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	Vice Presidente	Responsabile SGQ
Redazione PARS	**C**	**R**	**C**	**C**	**C**	**C**
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**	**I**	**R**	**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 2024 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 31.12.2024		
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 31.12.2024		
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 31.12.2024		
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 - Rilevazione e corretta alimentazione dei flussi lait/simes secondo il protocollo regionale per gli eventi sentinella, eventi avversi e near misses.
INDICATORE Monitoraggio dei near misses, degli eventi avversi e degli eventi sentinella e loro inserimento nella piattaforma Regionale
STANDARD: 100% degli eventi pervenuti al Risk Manager tramite *Incident Reporting*
FONTE: Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manger**	**Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.**	**CC-ICA**
Segnalazione evento	C	R	I
Valutazione evento	R	I	I
Inserimento evento	R	I	C

***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 - 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 31.12.2024
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 6 - Attività di monitoraggio e valutazione della *Customer Satisfaction*
INDICATORE Redazione e pubblicazione sia sul sito web istituzionale che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura, entro il 31.03.2024, di una relazione sulla qualità percepita (customer satisfaction), relativa all'anno 2023, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale della Riabilitazione, etc.).
STANDARD: 100%
FONTE: Direttore Sanitario, Responsabile SGQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**R-SGQ**	**Medici Responsabili**	**Coordinatori Infermieristici**	**Direttore Sanitario**
Raccolta dati	R	I	I	C
Analisi ed elaborazione dei risultati	C	C	C	R
Diffusione	R	I	I	C

***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 STRUTTURA.			
ATTIVITÀ 7 – Certificazione ISO 9001/2015			
INDICATORE: Rinnovo della certificazione ISO 9001/2015 entro il 30-04-2024			
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 31.12.2024
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	C	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 31.01.2025
FONTE: CC-ICA – Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CC-ICA**	**Medici Responsabili e Coordinatori**	**Risk Manager**	**Osservatori**
Programmazione e disegno di indagine	R	C	I	C
Effettuazione rilevazioni	C	C	C	R
Analisi dei risultati	C	I	R	C

***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 31/01/2025
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 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 4 – Mantenimento delle buone pratiche e monitoraggio del Piano Di Azione Locale sull'Igiene delle Mani
INDICATORE Monitoraggio degli indicatori del Piano annuale d'intervento sull'Igiene delle mani
STANDARD Attività realizzata
FONTE: CC-ICA – Software gestionale contabilità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Ufficio Economato**	**Coordinatori Infermieristici**	**Risk Manager**	**Ufficio Tecnico e di Manutenzione**
Predisposizione del Piano d'intervento Igiene mani	C	C	R	I
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani nei reparti di degenza	I	R	C	I
Verifica disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani	R	I	C	C
Verifica presenza in ogni punto di assistenza e cartelli informativi negli ambienti della struttura	I	C	C	R
Manutenzione preventiva	I	I	C	R
Distribuzione dei dispenser	I	C	C	R
Implementazione e monitoraggio delle misure stabilite dal Piano annuale d'intervento sull'Igiene delle mani	I	C	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 – Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2024: infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore
INDICATORE Effettuazione di report trimestrali
STANDARD Emissione report
FONTE: CCICA – Cartelle cliniche

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Medici Responsabili Coordinatori U.O.**	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**
Programmazione e disegno di indagine	C	C	R	C
Effettuazione rilevazioni	C	R	C	C
Analisi dei risultati	C	C	R	C

***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 6 – 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 31.01.2025
FONTE CCICA – Cartelle cliniche

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Medici Responsabili**	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**
Estrapolazione dati	C	C	R	I
Elaborazione Report	C	C	R	C
Trasmissione Report	C	C	R	C
Definizione programma di miglioramento	C	C	R	C

***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 7 – Eseguire un'indagine di prevalenza puntuale delle ICA (comprese le infezioni da dispositivi endovascolari, CVC, le infezioni del tratto urinario e le infezioni polmonari associate a ventilatore, etc.), in un determinato giorno dell'anno.
INDICATORE Emissione rapporto e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto
STANDARD Report entro 31.01.2025
FONTE CCICA – Cartelle cliniche

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Medici Responsabili**	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**
Rilevazione epidemiologica	C	R	C	I
Analisi ed elaborazione dati	C	C	R	C
Trasmissione dei risultati	C	C	R	C
Definizione programma di miglioramento	C	C	R	C

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 PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE/ R-SGQ
Dott. Orazio Parello
f.to in originale

IL PRESIDENTE DEL CC-ICA
Prof. Gianfranco Tarsitani
f.to in originale

AMMINISTRATORE DELEGATO
Avv. Filippo Monami
f.to in originale

IL RISK MANAGER
Dott. Stefano Monami
f.to in originale

Roma 19.02.2024