

SERENISSIMA Srl – P.IVA 01324660560

Residenza Myosotis

Via G. Verga n° 9

01020 – Bomarzo (Vt)

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (Pars)

Data di emissione	Gruppo di lavoro	Approvato
28/02/2023	Inf. Dir. Dott. Michele Bassanelli Inf. Dir. Dott. Di Eugenio Fabio Dott.ssa Bianchini Cinzia Medico Responsabile RSA Myosotis	Dott.ssa Montalbano

Indice

1. Introduzione al PARS 2023
2. Contesto organizzativo
3. Gestione del rischio infettivo
4. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
5. Descrizione della posizione assicurativa
6. Resoconto del PARS 2022
7. Matrice delle responsabilità
8. Obiettivi e attività 2023
9. Modalità di diffusione del documento
10. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

INTRODUZIONE AL PARS 2023

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” .

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato PARS, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

L’Azienda attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente.

L’attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l’errore come una opportunità di apprendimento.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

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 appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Residenza Myosotis è situata nel Comune di Bomarzo, (Viterbo), raggiungibile da Roma con A1 uscita Orte e SS 675 (Viterbo/Orte).

La Residenza è nel centro abitato di Bomarzo, che si sviluppa su un monte roccioso in peperino orientato verso la valle del Tevere in direzione di Attigliano.

Immerso in un ambiente sereno, curato e rilassante per il soggiorno degli ospiti.

E' possibile raggiungere diversi Comuni limitrofi es. Soriano nel Cimino, Bassano in Teverina. Il Borgo è immerso in un bel paesaggio agreste e ubertoso; il centro storico di Bomarzo è marcatamente medioevale con molti edifici caratteristici ed alcuni monumenti tra cui spicca per importanza il Palazzo Orsini.

La Residenza Myosotis, essendo situata in una zona residenziale in prossimità del centro abitato, consente di raggiungere a piedi numerosi servizi esterni tra cui l'ufficio postale, la banca, la farmacia, il supermercato. La Residenza può offrire servizi di tipo alberghiero, assistenziale e sanitario di base, sociale e ricreativo culturale, fortemente diversificati.

La Residenza Myosotis offre servizi di residenzialità a regime privato nella Casa di Riposo e servizi sociosanitari accreditati dalla Regione Lazio nella Residenza Sanitaria Assistenziale.

La Residenza è suddivisa in N° 4 Nuclei, di cui n° 2 di RSA (pari a n° 40 posti letto).

La Residenza offre nuclei abitativi con camere singole, doppie, dotate di servizio igienico in camera, telefono e televisione.

All'interno della struttura sono presenti spazi per attività individuali, di gruppo e con la famiglia: soggiorni, sale occupazionali, cappella.

Sono previsti spazi esterni per attività all'aperto.

In particolare ogni camera possiede:

- letto articolato a tre livelli con comandi elettrici, materasso e cuscini, comodino funzionale, tavolo scrittoio, armadio, sedia o poltrona.
- Il bagno è corredato di ausili per permettere la facile fruibilità alle persone anziane e nello stesso tempo garantisce alti margini di sicurezza.

La Residenza è provvista di segnaletica e indicazioni appropriate per permettere un buono orientamento e facile accesso alle vie di fuga in caso di pericolo, sono presenti elementi per il superamento di barriere architettoniche.

Tabella n.1 Presentazione dei dati di Attività

DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO			
POSTI LETTO ORDINARI	N° 40	RSA ALTO MANTENIMENTO	20
		RSA BASSO MANTENIMENTO	20
N° RICOVERI ORDINARI ANNO 2022	29		

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Specificità organizzative intraprese in relazione al rischio infettivo.

Il Comitato Per il Controllo delle infezioni Correlate all'assistenza (CCIA) è composto da: Medico Responsabile RSA nominato anche Responsabile COVID-19 della struttura, Infermiere Dirigente, Risk manager ed opera nella RSA come da requisiti previsti.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare che costituisce il CCIA è coinvolto nel controllo e nell'implementazione delle procedure che riguardano la prevenzione delle ICA.

Tutto il team multidisciplinare che opera nella Residenza Magnolia è formato e coinvolto nelle attività di prevenzione attraverso l'applicazione di determinati protocolli atti a prevenire la diffusione di ICA indicati nelle specifiche procedure.

Per il controllo delle ICA è attuato un programma monitoraggio periodico di eventi sentinella e di check control riferite al processo assistenziale, oltre alla rilevazione sistematica di eventi infettivi occorsi nel mese, al fine di attenzionare il problema in funzione di programmi di miglioramento.

La Residenza ha la possibilità di attivare, se necessario, una stanza per l'isolamento degli ospiti infetti.

La distribuzione di gel idroalcolico è attuata in vari ambienti e precisamente nei locali ad alto tasso di frequentazione e precisamente:

- Nelle sale da pranzo;
- Nelle sale polivalenti utilizzate per le attività occupazionali;
- Nei locali Palestra
- All'ingresso della Struttura
- Nei depositi sporchi e puliti
- Nei carrelli di riordino e cambio biancheria
- Nei carrelli di distribuzione dei farmaci

Tra le attività condotte per la prevenzione delle ICA, da annoverare che si è svolta una campagna di vaccinazione antinfluenzale rivolta non solo agli ospiti ma anche al personale con offerta e somministrazione presso ambulatorio dedicato in struttura di vaccino antinfluenzale (Fluad o Flucelvax)

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Legge n.24/2017, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, in particolare nell'Art 2 comma 5, prevede che la sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

L'obiettivo è nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio che permetta da una parte ai professionisti di svolgere la propria attività con maggiore sensibilità e dall'altra di garantire ai pazienti maggiore trasparenza. In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L.24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle apposite è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di "Quasi Evento" o "Near Miss" quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente; si parla invece di "Evento Avverso" quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore.

L'Evento Sentinella, invece, è quell'evento di tale gravità che determina inabilità momentanea o permanente e che può portare al decesso del paziente. I

In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario effettuare una verifica sul motivo che lo ha causato o sui fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento.

Nell'anno 2021 la politica della qualità stabilita dalla residenza Magnolia per le attività di Risk Management ha previsto:

- Revisione delle procedure in essere in previsione del nuovo manuale per l'accreditamento DCA 469/2017. Tale revisione è stata completata;
- Mantenimento del sistema di qualità certificato ISO 9001/2015;
- Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza socio sanitaria per le attività di monitoraggio dei processi assistenziali. I monitoraggi sono attualmente effettuati con calendarizzazione a tempi variabili da giornaliera a mensile secondo specifiche attività e regolarmente registrati in apposita modulistica;
- Implementazione e valutazione del programma per la gestione informatizzata della documentazione sanitaria integrata con profili autorizzativi d'uso diversificati;
- Gestione di eventi avversi individuati in: Cadute, LDP, Accessi al PS con monitoraggio analisi cause e conservazione dati statistici;
- Gestione delle informazioni e delle consegne attraverso lo strumento di una cartella informatizzata integrata per la continuità assistenziale;

- Formazione e valutazione del personale su specifici aspetti di qualità, risk management ed applicazione del sistema di qualità interno;
- Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione a supervisione psicologica per problematiche e situazioni conflittuali emerse durante le attività assistenziali. Il personale partecipa volontariamente agli incontri ma come attività di servizio finalizzata al miglioramento del clima organizzativo, stress lavoro correlato, Burnout;
- Individuazione di un Case Manager del Piano Assistenziale Individuale e sua formazione on the Job per la realizzazione delle valutazioni multidimensionali per le revisioni periodiche, costantemente valutata dai referenti;
- Realizzazione di monitoraggi degli anziani su situazioni individuate come potenzialmente a rischio;
- Calendarizzazione di Check control periodiche per l'individuazione di eventi sentinella;
- Calendarizzazione di audit mensili su processi stabiliti nel sistema di qualità interno
- Trattamento costante di Non conformità e Reclami.

Tabella.2 Eventi Segnalati nel 2022(ai sensi dell'art. 2, c.5 della L.24/2017)

TIPO DI EVENTO	NUMERO	% SU TOT EVENTI	%CADUTE SU CATEGORIA	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	4	10%	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (10%) Procedure/comunicazione (10%) Altro 80% (condizioni ospiti)	Procedure/comunicazione (80%) Revisioni PAI e procedure (n20%)	Sistemi di reporting (80%) Non conformità (20 %) Reclami (0 %)
Eventi avversi	30	73%	51			
Eventi sentinella	7	17%	0			
Totali	41	/	/			

Tabella 3 - Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2017	0	0
2018	0	0
2019	1	0
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
Totali	1	0

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	38245DA	Sara	7.680,00	0	ASSIFIDI SPA

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE- ANNO 2022

Chiusura Obiettivi ANNO 2022	Attività	Realizzazione
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	Corsi di Formazione per tutto il personale	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi	Informazione e formazione del personale all'utilizzo di procedure operative specifiche	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI
Mantenere la revisione dei PAI con identificazione del ruolo dell'infermiere con ruolo Case manager e la revisione in equipe multidisciplinare Indicatore: il 100 % ospiti e il coinvolgimento di almeno 90 % degli infermieri nel ruolo di case manager	Revisione del PAI periodica in incontri multidisciplinari verbalizzati Assegnazione di Case manager al singolo ospite Condivisione PAI ospite /famiglia Formazione e valutazione periodica dei Case manager	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI
Mantenimento comitato di partecipazione della RSA come previsto per legge con i vari rappresentanti Indicatore Almeno una riunione annuale	Riunioni del Comitato con verbalizzazione Trattamento delle problematiche emerse per soluzioni e miglioramenti	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI
Mantenimento delle attività svolte dal gruppo di valutatori formati Indicatore: rispetto del piano di Audit ordinari e straordinari previsti dal Sistema di qualità certificato	Calendarizzazione piano di Audit Interni su processi Calendarizzazione di Check control su attività assistenziali Esecuzione delle verifiche e relativi verbali Trattamento delle problematiche e criticità per soluzioni e miglioramenti	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI

Favorire la visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo dei pazienti ma anche degli operatori e delle strutture	Revisione procedure ed educazione del personale e dei care giver	SI
Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza in attività di monitoraggio e in processi non assistenziali della residenza secondo specifica valutazione Indicatore Attribuzione a Referenti di progetto e partecipanti ai gruppi di lavoro	Progetto specifico per attribuzione ruoli ed attività di monitoraggio Reporting per singole attività	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID
Implementazione e valutazione del programma per la gestione documentazione informatizzata, analisi delle tracciabilità e delle stampe per una specifica procedura di archiviazione. Indicatore attribuzione dei profili autorizzativi diversificati, monitoraggi specifici e procedura di archiviazione	Monitoraggio periodico su rispetto delle pianificazioni stabilite e delle eventuali informazioni utili a garantire la continuità assistenziale Supporto al personale per eventuali problematiche	SI
Gestione eventi avversi (cadute e LDD - ecc.) Indicatore Analisi del 100% degli eventi	Reporting Applicazione procedure operative Analisi di situazioni specifiche Statistica	SI
Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione su temi causa di conflitto o per problematiche emerse durante l'attività. Indicatore Partecipazione di almeno il 30% del personale nei diversi incontri organizzati	Incontro mensile di supervisione con psicologo Incontri individuali per particolari situazioni e/o a richiesta dell'operatore	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID
Miglioramento delle competenze Indicatore Partecipazione di almeno il 90% del personale nei diversi incontri organizzati	Organizzazione di incontri, formalizzati o informali a livello di reparto, del personale sanitario operante nei reparti di degenza per analizzare i fattori di rischio associati alle proprie attività e predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente opportuni.	SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID

Miglioramento della sicurezza e logistico	Aggiornamento del DVR per il rischio biologico Corsi di formazione on the job per ridurre rischio infettivo da Sars-Cov-2 Corsi di formazione on the job per la corretta igiene delle mani Corsi di formazione on the job per la vestizione e svestizione dei DPI	SI
---	--	----

RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM - ANNO 2022

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Formazione specifica sulla "Prevenzione e contrasto del COVID-19" attraverso incontri con Responsabile COVID	SI	Partecipazione del 100% del personale. Eseguito ad ogni inserimento del personale e periodicamente
Addestramento interno rispetto al corretto utilizzo dei DPI	SI	Partecipazione del 100% del personale Eseguito ad ogni inserimento del personale e periodicamente
Informazione all'utenza/ famiglie attraverso una brochure che indichi le attività da attuare per la prevenzione del rischio infettivo in struttura	SI	Divulgazione di opuscoli e poster nella struttura per utenti e famiglie Attuazione di specifico progetto educativo/ formativo per gli ospiti su lavaggio delle mani
Organizzazione ed esecuzione di un corso di informazione, agli operatori, sull'uso degli antibiotici	NO	Programmazione del Corso per il 2023
Diffusione della PO ASS N° 11 " Procedura per la prevenzione Covid_19" per il personale anche attraverso formazione interna	SI	Formazione al 100% del personale

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 incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbopenemesi (CRE)		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile su eventi avversi	SI	Reportistica mensile e annuale per successiva analisi e valutazione
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	SI	Discussioni in team nei gruppi di supervisione con supporto psicologico
Revisione del DVR per aggiornamento del rischio biologico da coronavirus	SI	Divulgazione al 100% del personale

Obiettivo C) sviluppo e o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie	No	Non si sono verificati episodi da approfondire
Implementazione del modello di sorveglianza	No	
Identificazione del referente per la sorveglianza	Si	Medico Responsabile
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	NO	Non si sono verificati episodi da approfondire
Elaborazione del report semestrale	SI	

Obiettivo D) Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)\100 gg di degenza

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	Si	Medico responsabile
Identificazione del referente per il monitoraggio	Si	Medico Responsabile
Elaborazione del report	Si	Periodico

Obiettivo E) sistema di monitoraggio del consumo dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Implementazione del sistema di controllo	Si	Verifica della quantità di utilizzo
Identificazione del referente per la sorveglianza	Si	Infermiere Dirigente
Elaborazione del report	SI	Periodico e annuale

Obiettivo F) sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	Si	Medico Responsabile
Identificazione del referente e costituzione di un team multidisciplinare	Si	Medico Responsabile- Infermiere Dirigente – Infermiere
Elaborazione del report	Si	Annuale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

<u>AZIONE</u>	Direttore sanitario/Presidente CCICA	Risk manager	Direttore Aziendale	Direttore amministrativo	Medico Responsabile	Strutture di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	C	R	C	C	C	-
Adozione PARS con deliberazione	C	C	R	C	C	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	I	I	C

Legenda: R= Responsabile I= Interessato C= Coinvolto

OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

Nel presente documento 2023, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori.

Tali obiettivi mirano a diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” in una ottica di condivisione dei valori e dello stesso impegno.

Viene percepita dall’Azienda la necessità di migliorare l’appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema e promuovere eventi mirati al contenimento degli eventi avversi.

OBIETTIVI 2023 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO - PARM

I tre obiettivi strategici sono:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. 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.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture
4. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)

Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso di Formazione in “RiskManagement”		
INDICATORE: Esecuzione di un Corso entro il 31.12.2023		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Attività 2 – Formazione Facilitatori		
INDICATORE: Esecuzione di almeno due incontri formativi		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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 – Monitoraggio semestrale della check-list caduta		
INDICATORE: Corrispondenza tra segnalazioni nei Diari e nella check		
STANDARD: SI		
FONTE: Reparti interessati		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Produzione check-list caduta	R	C
Controllo check-list	C	R
Azioni di miglioramento	R	I

Attività 3 – Processo di AUDIT		
INDICATORE: Effettuare almeno 6 Audit		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 5 – Effettuazione di Safety Walk Around (SWR) le UO della struttura		
INDICATORE: Effettuazione di almeno 3 SWR		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Progettazione SWR	R	I
Effettuazione SWR	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

Obiettivo C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto nonsolo del paziente, ma anche degli operatori delle strutture		
Attività 6 – Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)		
INDICATORE: Rapporto tra n. casi definiti con procedura di conciliazione e n. di casi trattati e rapporto tra n. di casi definiti in fase stragiudiziale e n. casi di richieste di risarcimento		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Istituzione CVS	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

Obiettivo D) – Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA		
Attività 1 – informazione e formazione del personale		
INDICATORE: numero di soggetti informati/formati		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Progettazione dell'informazione/formazione	R	C
Accreditamento dell'informazione/formazione	C	R
Esecuzione dell'informazione/formazione	R	I

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

Obiettivo D) – Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA		
Attività 2 – monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici		
INDICATORE: numero sintomatici		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Redazione della procedura	R	C
Emissione	C	R
Approvazione	C	R

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

OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale sono:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
2. 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;
3. 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

Obiettivo 1) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività 1 – Organizzazione di attività di formazione degli Operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA		
INDICATORE: Effettuazione attività formativa		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Obiettivo 2) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’Igiene dellemani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento		
Attività 2 – Elaborazione del Piano Locale sull’Igiene delle mani		
INDICATORE: Elaborazione del Piano 2022 e analisi dei risultati dell’autovalutazione		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

Obiettivo 3) – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema dirischio 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 CRE		
Attività 3 – Elaborazione procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni daEnterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)		
INDICATORE: Elaborazione procedura		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Elaborazione procedura	C	R
Verifica procedura	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 4 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza		
INDICATORE: Almeno 1 Report		
STANDARD: 100%		
FONTE: Medico responsabile		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	FARMACIA INTERNA	CCICA
Produzione Report	R	I
Verifica Report	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 5 – Creare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)		
INDICATORE: Almeno 1 Report		
STANDARD: SI		
FONTE: Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIREZIONE SANITARIA	CCICA
Produzione Relazione	R	I
Verifica Relazione	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2023 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

Pubblicazione sul sito internet aziendale

Presentazione al Consiglio di Amministrazione

Invio ai responsabili dei servizi.

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione n° G00643 dell'25/01/2022 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
2. DCA n U00563 del 19/11/2015. Istituzione Coordinamento Regionale dei CR-CCICA;
3. Decreto del Commissario ad ACTA 6 luglio 2015, n°U00309 recante "Approvazione del PRP 2014-18";
4. Raccomandazione del consiglio Europeo del 9/6/09 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria;
5. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 10612009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. Seduta della Conferenza Stato-Regioni 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.131";
8. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 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 (CCICA)";
9. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 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";
10. Determinazione Regionale n. G 12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
11. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
12. 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";
13. Determinazione Regionale n. G 16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
14. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017/2020;
15. Determinazione regionale n°G00164 dell'11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante "Le linee guida per l'elaborazione del PARM"
16. Circolare Ministeriale n 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
17. Circolare Ministeriale n 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la Sorveglianza"
18. D. Lgs n° 502 del 30 dicembre 1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n° 421";
19. Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico. - DCA n. U00400 29/10/2018
20. Rapporto ISS COVID-19 "Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie" Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni aggiornato al 16 Marzo 2020;
21. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie

- (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020
22. Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020 Rev. - Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio;
 23. Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020
 24. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali. Versione del 24 agosto 2020;
 25. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020;
 26. Rapporto ISS COVID-19 n. 61/2020 - Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020;
 27. Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021 - Assistenza socio-sanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Versione del 10 marzo 2021;
 28. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 - Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione del 13 marzo 2021.
 29. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM
 30. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis*, 2001; 7: 170-173.
 31. Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med*, 2003 Feb 13; 348 (7): 651-656.
 32. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis*, 2001 Mar-Apr; 7 (2):174-177.
 33. Regione Friuli Venezia Giulia Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, Settembre 2016
 34. Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med*, 2000; 26 (Suppl 1):S31-S37.
 35. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect*, 2003; 54: 258-266
 36. Linee Guida OMS sull'igiene delle Mani, 2009
 37. WHO Global Guidelines for the prevention of surgical site infections, 2016.
 38. Position Statement ANIPIO-CID 2016.