

PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

ANNO 2022

<i>Responsabile Rischio Clinico</i> Dr. P. Di Zenzo Roma, 07/02/2022	<i>Direttore Sanitario</i> Dott. D. Caputo Roma, 11/02/2022	<i>Direzione Aziendale</i> Dott. A. Paganini Roma, 18/02/2022
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

1. PREMESSA

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della CASA DI CURA NUOVA ITOR.

La Casa di Cura, con la funzione del Responsabile del rischio clinico e le politiche di risk management da una parte e le attività del Comitato di controllo delle ICA (CC-ICA) presieduto dalla Direzione Sanitaria dall'altra, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente attraverso la definizione di attività specifiche definite nel PARS e le attività di implementazione, monitoraggio e rendicontazione delle stesse. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei *caregivers*.

Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella Casa di Cura attraverso il coinvolgimento delle diverse Unità Operative e Servizi e delle aree funzionali trasversali alle stesse con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali erogate all'interno della struttura. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del CC-ICA non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali quali il Direttore Sanitario, i Medici Responsabili ed i Coordinatori infermieristici, il Medico Competente, l'RSPP, la Direzione Aziendale e più in generale tutti gli operatori sanitari nelle loro specifiche competenze, bensì coordinano ed armonizzano l'intero sistema di governo del rischio clinico ed infettivo. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la visione e la cultura della sicurezza delle cure all'interno della Casa di Cura NUOVA ITOR.

Il PARS 2022 della Casa di Cura NUOVA ITOR è stato redatto sulla base della Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2021 Adozione del "documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria – Centro Regionale Rischio Clinico. E' parte del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l'implementazione dell'igiene delle mani 2022.

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La CASA DI CURA NUOVA ITOR è situata nel territorio della ASL Roma 2, è autorizzata ed accreditata con il SSR con DCA n. 261 del 28/05/2015, e successive modifiche, per prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero in acuzie a ciclo continuativo e diurno tipologia medico-chirurgica come di seguito specificato.

TOTALE POSTI LETTO: 144			
SPECIALITÀ	POSTI LETTO ORDINARI		DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
Nefrologia	15		-
Medicina Interna	35		2
Cardiologia	10		-
UTIC	4		-
Ortopedia e Traumatologia	32		2
Chirurgia Generale	32		2
Otorinolaringoiatria (ORL)	8		2
BLOCCO OPERATORIO			
	1	SALE OPERATORIE	4
		SALE DAY SURGERY	1

ATTIVITA' AMBULATORIALE

- Diagnostica per Immagini
- Ortopedia e traumatologia
- Chirurgia generale
- ORL
- Oculistica
- Cardiologia
- Neurologia
- Medicina fisica e riabilitazione motoria
- Laboratorio Analisi

Centro Dialisi A

Posti letto: 21 + 2 contumaciali HBsAg

Centro Dialisi B

Posti letto: 22 + 2 contumaciali HBsAg

DATI ATTIVITA' ANNO 2021

(Fonte Sistema Gestionale Argento)

RICOVERI ORDINARI	Ricoveri	Giornate degenza
Nefrologia	456	955
Medicina Interna	858	6364
Medicina COVID 19	259	4455
Chirurgia Generale	66	196
ORL	17	59
Ortopedia e Traumatologia	657	3813
Cardiologia	103	451
UTIC	59	265
RICOVERI DIURNI (DH/DS)		
Chirurgia Generale		300
ORL		135
Ortopedia e Traumatologia		1240
INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI		
Interventi in regime ordinario		1193
Interventi in regime DS/DH		1645
Interventi APA		2500
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI		
APA Chirurgia		451

APA Ortopedia	282
APA Oculistica	1767
Chirurgia	1080
Dialisi	25029
Ortopedia	5459
Cardiologia	2607
PAC Cardiologia	1669
Nefrologia	732
ORL	1326
Oculistica	3296
Diagnostica per immagini	5795
FKT ambulatoriale	3804

1.2 A. REPORT EVENTI AVVERSI

ANNO	NEAR MISS (evento evitato)	EVENTI AVVERSI	EVENTI SENTINELLA
2018	0	35	0
2019	0	37	0
2020	0	5*	0
2021	1	29	0

LEGENDA TABELLA: **Near Miss** o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. **Evento Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.

*i dati relativi agli eventi avversi del 2020 sono parziali e si riferiscono ad eventi caduta segnalati/emersi a partire da ottobre 2020 (c’è stato un cambiamento nella Direzione Sanitaria-Risk management senza un passaggio di consegne diretto che ha comportato l’impossibilità di rendicontazione degli eventi avversi e relativa eventuale analisi con una probabile sottostima degli eventi nel 2020).

TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI

<i>Tipologia evento</i>	<i>Caduta</i>	20
	<i>Errore terapia farmacologica</i>	2
	<i>Comunicazione/Handover</i>	2
	<i>Prelievo e preparazione campione biologico</i>	3
	<i>Malfunzionamento dispositivi</i>	1
	<i>Altro</i>	2
<i>Classificazione evento</i>	<i>Near miss</i>	1 (3,3%)
	Evento avverso	29(96,7%)
	Evento sentinella	0
<i>Esito evento°</i>	Nessuno	11 (36,7%)
	Lieve	16 (53,3%)
	Moderato	2 (6,7%)
	Severo	0
	Non definibile	1 (3,3%)
<i>Fonte segnalazione</i>	<i>Incident reporting</i>	25 (83,3%)
	<i>Altro</i>	5 (16,7%)

°in un caso non è possibile definire entità dell'esito perché la segnalazione non permette l'individuazione del paziente coinvolto.

TIPOLOGIA EVENTO	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del Dato
Near Miss	1 (3,3%)	Strutturali e Tecnologici 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione 100%	Strutturali e Tecnologici 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione 100%	Schede <i>incident reporting</i> (100%)
Eventi Avversi	29* (96,7%)	Strutturali e Tecnologici 3,7% Organizzativi e Procedure/Comunicazione 96,3%	Strutturali e Tecnologici 3,7% Organizzativi e Procedure/Comunicazione 96,3%	Schede <i>Incident reporting</i> (81,5%) SWA e Analisi cartelle cliniche (18,5%)
Eventi Sentinella	0	NA	NA	NA

***EVENTI CADUTA:** sono stati segnalati/emersi un totale di 20 eventi caduta, che complessivamente rappresentano il 66,7% del totale eventi. Gli eventi caduta espressi come eventi per 1000 giornate di degenza nel 2021 sono 1,2 cadute per 1.000 giornate di degenza.

N.B. La maggior parte degli eventi avversi segnalati/emersi sono rappresentate da cadute accidentali e si concentrano prevalentemente in Area Medica (Medicina Interna + Cardiologia + Medicina COVID): il 63% del totale eventi caduta vs il 21% in Area Chirurgica e sala operatoria. In Area Medica la complessità clinica con più elevata comorbidità (*Charlson Comorbidity Index*), l'età media dei pazienti (età media pazienti con evento caduta in Area Medica nel 2021 è stata $77,3 \pm 9,5$ anni) e la limitata autonomia funzionale rendono l'evento più probabile che in altri contesti assistenziali.

1.2 B. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

	2021	2020	2019	2018	2017
Numero lettere con pretese di risarcimento	1	4	5	4	6
Numero mediazioni	1	0	0	1	2
Numero procedimenti trasformati in giudizio (accertamenti tecnici preventivi, citazioni, procedimenti di cognizione sommaria, ecc)	1	2	2	1	1
Numero procedimenti chiusi con liquidazione (in qualunque sede)	3	2	0	0	0

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La CASA DI CURA NUOVA ITOR opera in regime di autoritenzione del rischio.

1.4 RESOCONTO ATTIVITÀ PARM E PAICA 2021

La sintesi delle attività definite nel PARM e nel PAICA 2021 ed il loro stato di implementazione sono riportati nella tabella sottostante organizzata in base agli specifici Obiettivi individuati nei relativi documenti di indirizzo regionale sull'elaborazione di PARM e PAICA.

SINTESI ATTIVITÀ 2021		
OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ PARM E PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ 1. Organizzare ed effettuare almeno due nuovi corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.</p> <p>INDICATORE 1: Effettuazione di due nuovi corsi con coinvolgimento di almeno il 30% del personale sanitario (entro il 31/12/2021)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corso avanzato rischio clinico per facilitatori 2021 con crediti ECM (I edizione con 25 partecipanti); ○ Corso su "Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione: medicazioni avanzate e VAC Therapy" (25 partecipanti) ○ Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA per osservatori (10 partecipanti) e operatori sanitari (56 partecipanti) ○ Corsi ECM FAD sincrona su "ICA, antibiotico-resistenza e antimicrobial stewardship" in Area Medica e in Area Chirurgica (complessivi 44 partecipanti, 35 con ECM)
OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ PARM	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ 2: Implementazione Manuale Sicurezza in Sala operatoria e checklist del Ministero della Salute.</p> <p>INDICATORE 2: diffusione e discussione manuale sicurezza in sala operatoria e checklist.</p> <p>INDICATORE 3. implementare almeno 5 obiettivi.</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ EFFETTUATA REVISIONE DELLA CHECKLIST SICUREZZA IN SALA OPERATORIA E DELLA POS GESTIONE SALA OPERATORIA E POS RACCOMANDAZIONE N. 2 (OBIETTIVI N. 1, 2, 13 e 14); ○ ELABORATA NUOVO PROTOCOLLO INTERNO PREVENZIONE MALATTIA TROMBOEMBOLICA (gruppo lavoro multidisciplinare: PRO_TEV rev. 01 del 15/10/2021) che si riferisce all'obiettivo N. 10; ○ FMEA GESTIONE PERI-OPERATORIA ANTICOAGULANTI ORALI CON PIANO DI MIGLIORAMENTO (OBIETTIVO 7)

<p>ATTIVITA' 3: Effettuazione di un'analisi di un processo clinico-assistenziale tramite FMEA. INDICATORE 4: Individuazione processo, istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA con elaborazione piano di miglioramento (entro il 31/12/2021)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ FMEA GESTIONE PERI-OPERATORIA ANTICOAGULANTI ORALI NELLA CHIRURGIA PROGRAMMATA: Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare e condivisione metodologia di analisi FMEA e effettuazione FMEA nel corso dell'anno completato con piano di miglioramento e diffuso alle UO e Servizi interessati (FMEA documento definitivo rev. 2 del 14/12/2021)
<p>ATTIVITA' 4: Controllo random di almeno 25 cartelle cliniche per ogni Unità Operativa con indicatori predefiniti. INDICATORE 5: Effettuazione controllo cartelle come pianificato per ciascuna UO e Servizio INDICATORE 6: Stesura report (1 per ogni controllo) e condivisione/discussione con equipe dell'UO e Servizi.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Effettuato controllo cartelle cliniche con format di indicatori predefinito in due fasi con coinvolgimento sia dell'Area Medica (Medicina interna e Cardiologia/UTIC) che dell'Area Chirurgica con elaborazione di due report condivisi con le unità operative e servizi interessati con piano di miglioramento specifico (REPORT AUDIT CARTELLE PARTE I del 15/11/2021 e PARTE II del 28/12/2021)
<p>ATTIVITA' 5: Implementazione prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP). INDICATORE 7: aggiornamento e revisione procedura interna prevenzione e gestione LDP. INDICATORE 8: Istituzione sistema di monitoraggio mensile delle LDP con report periodici condivisi con equipe sanitaria UO Area Medica.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Istituito gruppo di lavoro con coordinatori infermieristici UO ed elaborata revisione della POS prevenzione e gestione lesioni da pressione con relativa modulistica (NI_PRO_LDP rev. 2 del 26/11/2021); ○ Effettuata analisi dati monitoraggio ed elaborato e condiviso report LDP MEDICINA (REPORT LDP 2° semestre 2021 REV. 00 DELL'11/01/2021)

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

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

ATTIVITÀ PARM	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 6: Implementazione del Safety Walkaround (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. INDICATORE 9: Effettuazione di almeno un Safety Walkaround nel 2021 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborata specifica informativa e cronoprogramma per operatori sanitari e diffusa via email in anticipo; ○ Effettuato SWA ed elaborato report con piano miglioramento specifico (REPORT SWA 2021 Rev. 01 del 30/11/2021)

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

ATTIVITÀ PARM E PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 7: Corretta e costante alimentazione del flusso SIMES attraverso il portale regionale di Risk Management.</p>	<p>NA</p>	<p>NA: non ci sono stati eventi sentinella.</p>
<p>ATTIVITA' 8: Alimentazione del portale <i>risk management</i> regionale e partecipazione agli incontri e attività del Centro Regionale Rischio Clinico.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inseriti tutti gli eventi nel portale regionale ○ Recepto e in fase di implementazione Piano di Intervento Regionale Igiene Mani 2021; ○ Condiviso nuovo documento regionale su classificazione EA/ES;

<p>INDICATORE 12: Inserimento segnalazione eventi e near miss nel portale regionale.</p> <p>INDICATORE 13: Partecipazione alle attività/incontri indetti dal Centro Regionale Rischio Clinico (>70%)</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Condivisa revisione documento regionale su corretta identificazione del paziente; ○ Costante partecipazione agli incontri del tavolo tecnico CRRC; ○ Completato Monitoraggio AGENAS su Raccomandazioni Ministero della Salute 2021; ○ Effettuata campagna comunicazione in occasione della giornata nazionale sicurezza delle cure e giornata mondiale igiene delle mani; ○ Revisionato PPV sulla base della revisione del documento di indirizzo regionale 2021 prevenzione violenza contro operatori sanitari.
OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 1: implementazione sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)</p> <p>INDICATORE 1: Elaborazione report semestrale relativo a infezioni e colonizzazioni da CRE.</p> <p>INDICATORE 2: Stesura Istruzione Operativa interna su prevenzione e gestione infezioni invasive da CRE.</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Istituita nuova modalità di monitoraggio e database laboratorio analisi ed elaborato Report annuale su MICROORGANISMI ALERT 2021 REV. 00 DEL 5/01/2022 nell'ambito della attività del CC-ICA. ○ APPROVATA IN AMBITO CC-ICA RIUNIONE SETTEMBRE (IST_CRE Rev. 01 del 17/09/2021) e condivisa con UO e Servizi. ○ Da implementare ricerca attiva portatori CRE nelle UO Area medica e UTIC
<p>ATTIVITA' 2: implementazione monitoraggio consumo antimicrobici</p> <p>INDICATORE 1: Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici</p> <p>INDICATORE 2: Diffusione e discussione con equipe UO del report semestrale e definizione piano di miglioramento.</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorato consumo ed elaborato report annuale consumo antimicrobici (rev. 00 del 7/2/2022) con analisi comparativa verso il 2020. ○ Condiviso con UO e Servizi. Da discutere con singole equipe delle UO e Servizi.
<p>ATTIVITA' 3: definizione piano aziendale di "antimicrobial stewardship " 2021-2023</p> <p>INDICATORE 1: elaborazione piano e definizione di cronoprogramma attività</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborato piano e approvato piano in ambito riunione CC-ICA di settembre 2021.
<p>ATTIVITA' 4: implementazione sistema di monitoraggio consumo di prodotti idroalcolici per igiene mani.</p> <p>INDICATORE 1: Report semestrale consumo prodotti alcolici per Igiene mani per UO e Servizi (standard 1/1 entro il 31/07/2020 e 31/01/2021)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborato Report primo semestre 2021 e discusso in ambito riunione CC_ICA di settembre con definizione piano di miglioramento (effettuata prima sessione di osservazione igiene mani e fatto primo incontro di discussione); ○ Elaborato Report annuale 2021 e discusso in ambito riunione CC-ICA di febbraio 2022 con definizione piano miglioramento contestualmente all'approvazione del Piano d'azione igiene mani 2022.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC);
2. Direttore Sanitario - Presidente del CC-ICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
3. Referente Affari Legali della Struttura / Direzione Aziendale: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Direzione Aziendale: si impegna ad adottare il PARS approvandolo 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 (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO (PRESIDENTE CC-ICA)	RISK MANAGER	REFERENTE AFFARI LEGALI	DIREZIONE AZIENDALE
Redazione PARS (ad eccezione dei punti 1.2B, 1.3 e 4)	C	R	C	C
Redazione punti 1.2B e 1.3	C	C	R	R
Redazione sezione 4 (attività ICA)	R	C	I	I
Adozione PARS	C	I	I	R
Monitoraggio PARS (ad eccezione sezione 4: attività ICA)	C	R	I	I
Monitoraggio sezione 4 (attività ICA)	R	C	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto, I = Informato

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO CLINICO

3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della CASA DI CURA NUOVA ITOR in ambito di Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle cure sono, in accordo agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, i seguenti:

- 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.

3.2 ATTIVITÀ 2022

In linea con la *mission* aziendale e in conformità con le indicazioni del documento di indirizzo regionale per il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario, nonché con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al contenimento degli eventi avversi nonché al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, e le modalità operative con relativo cronoprogramma previsto per la loro implementazione.

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
ATTIVITA' 1: Organizzare ed effettuare almeno due nuovi corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.		
INDICATORE 1: Effettuazione di due corsi con coinvolgimento di almeno il 30% del personale sanitario (entro il 31/12/2022)		
STANDARD 2/2		
Fonte: Area formazione e UO rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
	Risk Manager	Direzione Aziendale/Area Formazione
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa			
ATTIVITA' 2: Implementazione Manuale Sicurezza in Sala operatoria e checklist del Ministero della Salute			
INDICATORE 2: IMPLEMENTAZIONE DI ALMENO 3 NUOVI OBIETTIVI			
STANDARD 3/3			
Fonte: UO Rischio Clinico, Blocco Operatorio e Servizio Anestesia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Responsabile BO e Servizio Anestesia	Direzione Sanitaria
Individuazione obiettivi e relativa implementazione	R	R	C
Incontri di discussione	C	R	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa			
ATTIVITA' 3: Effettuazione di un'analisi di un processo clinico-assistenziale tramite FMEA			
INDICATORE 3: Individuazione processo, istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA con elaborazione piano di miglioramento (entro il 31/12/2022)			
Fonte: UO rischio clinico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Medico Responsabile e Coordinatore UO coinvolta	Direzione Sanitaria
Individuazione processo e pianificazione FMEA	R	C	I
Istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA	R	C	I

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa			
ATTIVITA' 4: Controllo random di almeno 30 cartelle cliniche per ogni area (Area medica e Area chirurgica) con indicatori predefiniti			
INDICATORE 4: Effettuazione controllo cartelle come pianificato per ciascuna AREA			
INDICATORE 5: Stesura report (1 per ogni controllo) e condivisione/discussione con equipe dell'UO e Servizi coinvolti			
Fonte: UO Rischio Clinico e Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk manager	Responsabile medico UO	Direzione Sanitaria
Effettuazione controllo	C	I	R
Stesura report	C	I	R
Diffusione e discussione report con equipe UO	C	R	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa				
ATTIVITA' 5: Implementazione monitoraggio prevenzione e gestione lesioni da pressione				
INDICATORE 6: Monitoraggio delle LDP con elaborazione di report semestrali condivisi con equipe sanitaria				
Fonte: Area Medica e UO Rischio Clinico- Risk Manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
	Responsabile Medico UO	Coordinatore infermieristico UO	Risk Manager	Direzione sanitaria
Monitoraggio LDP	C	R	I	I
Elaborazione e condivisione report	C	R	C	I

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa				
OBIETTIVO C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.				
ATTIVITA' 6: Implementazione del Safety Walkaround come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure				
INDICATORE 7: Implementazione piano di miglioramento SWA 2021 (standard > 70%)				
INDICATORE 8: Effettuazione di almeno un Safety Walkaround nel 2022 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2022)				
Fonte: Risk Manager e Direzione Sanitaria				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
	Coordinatori infermieristici UO	Responsabili medici UO	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Progettazione ed effettuazione SWA	C	C	R	C
Incontro analisi SWA	C	C	R	C
Report SWA	C	C	R	C

4. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO – ICA

4.A OBIETTIVI

Gli obiettivi aziendali in tema di rischio infettivo-prevenzione delle ICA sono definiti in accordo agli obiettivi strategici regionali e quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR). Nello specifico:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementare il Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale con lo scopo di definire ed implementare specifiche attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e assicurarne il mantenimento o il miglioramento nel tempo;
- 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 al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

4.B ATTIVITA' 2022

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1

IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI

INDICATORE 1: Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici con analisi comparativa biennio precedente
(Standard 1/1 entro il 15/02/2023)

INDICATORE 2: Diffusione e discussione con equipe UO del report e definizione piano di miglioramento
(Standard 1/1 entro il 15/03/2023)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Farmacia	Responsabile Medico UO
Monitoraggio e raccolta dati consumi	C	R	I
Analisi consumo antimicrobici e stesura report	R	C	C
Diffusione e discussione report con UO/Servizi	R	C	C
Definizione specifico piano di miglioramento	C	I	R

OBIETTIVO B. IMPLEMENTAZIONE PIANO INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI

ATTIVITÀ 2

IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DI MONITORAGGIO CONSUMO DI PRODOTTI IDROALCOLICI PER IGIENE MANI

INDICATORE 1: Implementazione sistema di registrazione consumi per singole UO e Servizi

INDICATORE 2: Report semestrale consumo prodotti idroalcolici per igiene mani con dettaglio per UO e Servizi
(standard 1/1 entro il 31/07/2022 e 31/01/2023)

Fonte: CC_ICA e Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC_ICA	Responsabile Medico	Servizio Farmacia
Monitoraggio e stesura report semestrale consumo	R	I	R
Diffusione e presentazione alle UO e Servizi	C	R	I
Elaborazione piano di miglioramento	C	R	I

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2021-2023

ATTIVITA' 3: REVISIONE PROTOCOLLO PREVENZIONE INFEZIONI SITO CHIURGICO (entro il 31/07/2022)

ATTIVITA' 4: STUDIO APPORPIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICO PROFILASSI IN AREA CHIRURGICA SU CAMPIONE RANDOM DI 50 CARTELLE CON REPORT CONDIVISO (entro il 31/07/2022)

Fonte: CC_ICA e UO AREA CHIRURGICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CC_ICA	Responsabile Medico UO Ortopedia e Chirurgia	Responsabile Servizio Anestesia
Revisione Protocollo prevenzione ISC	R	C	C
Diffusione e presentazione alle UO e Servizi	C	R	C
Studio appropriatezza prescrittiva Area Chirurgica	R	C	C
Stesura report	R	C	C
Condivisione e discussione equipe	I	R	C

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 5 IMPLEMENTAZIONE PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI DA CLOSTRIDIODES DIFFICILE

INDICATORE 1: REVISIONE PROCEDURA OPERATIVA INTERNA (Standard 1/1 entro 31/12/2022)

Fonte: CC_ICA E AREA MEDICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CC_ICA	MEDICO RESPONSABILE UO MEDICINA E UO CARDIOLOGIA
Revisione procedura interna prevenzione e gestione infezioni da Clostridioides difficile	R	C
Condivisione e discussione in equipe	I	R

OBIETTIVO B. IMPLEMENTAZIONE PIANO DI INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI

ATTIVITÀ 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2022

INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' E RAGGIUNGIMENTO SPECIFICI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI AZIONE 2022 (ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO) (STANDARD > 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2022)

Fonte: CC_ICA E DIREZIONE AZIENDALE

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CC_ICA	MEDICI RESPONSABILI E COORDINATORI UO E SERVIZI	DIREZIONE AZIENDALE
ELABORAZIONE PIANO D'AZIONE ANNUALE	R	C	C
IMPLEMENTAZIONE e MONITORAGGIO ATTIVITA' 2022	R	R	C

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

ATTIVITÀ 7 ORGANIZZAZIONE CORSI/INCONTRI DI FORMAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA

INDICATORE 1: Effettuazione di almeno due corsi/incontri di formazione con coinvolgimento del personale sanitario di tutte le UO/Servizi.

(Standard 2/2 entro 31/12/2022)

Fonte: Area Formazione e CC_ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC_ICA	Area Formazione	Direzione Aziendale
Programmazione corsi formazione ICA	R	C	I
Effettuazione corsi formazione ICA	C	R	R

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici enunciati nel PARS 2022 il Direttore Sanitario e la Direzione Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegnano ad assicurare:

- Presentazione del PARS ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARS in formato PDF sui supporti informatici aziendali (cartelle condivise delle UO e Servizi);
- Condivisione della PARS tramite le email aziendali delle UO e Servizi e dei singoli professionisti attivi nella Casa di Cura;
- Pubblicazione del PARS sul sito internet della casa di cura (<https://www.clinicanuovaitor.it>).

6. ALLEGATI

- **PIANO D'AZIONE IGIENE DELLE MANI 2022**

7. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio – CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza. PNCAR 2017-2021;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. *Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.*
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

- Deliberazione 2018 GR0357_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- 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.B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:**
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it
- **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella** luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare, strategy for the real world*. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).
- WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)