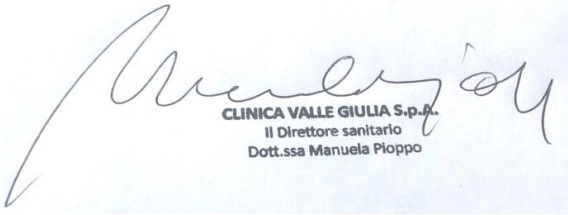

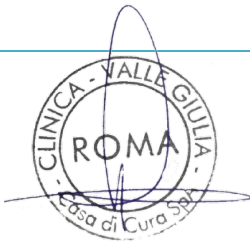


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) *anno 2023*

	NOME E FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE e VERIFICA	<i>Dr. Manuela Pioppo</i> Direttore Sanitario	 CLINICA VALLE GIULIA S.p.A. Il Direttore sanitario Dott.ssa Manuela Pioppo
	<i>Dr. Francesco Tripodi</i> Risk Manager	
APPROVAZIONE E VALIDAZIONE	<i>Dott. Sergio Garofalo</i> Rappresentante Legale	

REV.	CODIFICA	STATO	DATA
0.0	PARS-2023	Approvato	23.02.2023

Sommario

1. PREMESSA	3
1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	12
1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	15
1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E PAICA PRECEDENTI	16
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	23
3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	24
4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	30
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	36
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	36
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	37

1. PREMESSA

La Regione Lazio mediante l'emanazione della **Determinazione G 00643 del 25/01/2022** avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ha stabilito che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118, nell'elaborazione e nell'adozione del PARS dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento di indirizzo.

La Determina prevede che tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il PARS deve essere disponibile (come documento o come link che rimanda al documento) sulla home page della Struttura. Nel caso in cui si decida di collocarlo all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, sulla Home page della Struttura.

La Determina G 00643 del 25/01/2022 prevede la redazione annuale del PARS (Piano Annuale del Rischio Sanitario) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Definire in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti 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.

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio sanitario (PARS) è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi e per una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

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.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che accadono più frequentemente in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e infettivo e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere la cultura della sicurezza sia per gli operatori che i pazienti;
- rilevare/aggiornare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruitori o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio (gestione dei consensi informati);
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna, comunicazione difficile;
- continua applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

Anche l'anno 2022 ha visto l'implementazione di un sistema di gestione del rischio basato sul coinvolgimento degli operatori, strutturando attività finalizzate alla individuazione, valutazione e prevenzione dei rischi presenti all'interno dell'organizzazione sanitaria, in particolare si sono avviate e consolidate le seguenti attività:

- l'analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA e la riemissione della mappa dei rischi in data 30.06.2022 (in cui viene preso in considerazione anche il Rischio da COVID-19 ed il rischio relativo alle infezioni);
- la formazione/informazione degli operatori sui rischi individuati;
- la formazione di corsi base e specifici sul rischio clinico per gli operatori;
- la formazione di corsi base e specifici sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per gli operatori;

- l'aggiornamento/implementazione di sistemi procedurali di segnalazione degli eventi;
- l'aggiornamento/implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- la redazione del piano regionale per il lavaggio delle mani;
- l'eventuale revisione/aggiornamento/implementazione delle procedure e istruzioni operative.

Il processo aziendale di gestione del Rischio è gestito dal Risk Manager e dal Direttore Sanitario supportato dai Responsabili delle aree.

Il Piano Annuale **per la gestione del Rischio sanitario (PARS)** rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. La struttura, con la figura del Risk Manager e del Direttore Sanitario e 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.

Il presente PARS rappresenta, quindi, lo strumento strategico che la struttura utilizza per la contenzione dei rischi legati all'attività clinica e riporta, quindi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per l'anno 2023, implementando e potenziando quelle misure già avviate negli anni precedenti.

Tale programmazione si prefigge l'obiettivo di prevenire e controllare efficacemente gli eventi avversi, agendo su fattori tecnici, organizzativi e di processo estremamente interconnessi tra di loro, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure erogate.

Il presente PARS racchiude anche le iniziative che la struttura intende continuare ad intraprendere per contenere il fenomeno delle ICA per i pazienti e per gli operatori sanitari, in un'ottica di promozione e miglioramento continuo della qualità di assistenza erogata.

La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), rilevando i casi di infezione, consente di mettere in pratica adeguati interventi finalizzati ad evitare ulteriori casi.

La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ha l'obiettivo di controllare eventuali infezioni e intervenire per evitare ulteriori casi. Essa è essenziale per promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per pazienti, visitatori e operatori sanitari. La disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle ICA è necessaria per mantenere alto il livello di attenzione e definire dimensioni e caratteristiche del problema. Controllare le ICA e l'antimicrobicoresistenza può indirizzare meglio gli ulteriori interventi di prevenzione, monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici e individuare tempestivamente eventi sentinella ed epidemie.

Nella Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. viene effettuata anche una analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA.

La conoscenza del proprio contesto organizzativo è fondamentale ai fini della predisposizione delle politiche di Governo Clinico.

1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. è situata in Roma nel territorio del 2° Municipio dell'ASL Roma 1, quartiere Parioli, in Via Giuseppe de Notaris n. 2/b.

La Struttura è stata edificata nel 1956 e si estende per 2.583 mq.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. è autorizzata con Determinazione della Regione Lazio n° G17269 del 07 Dicembre 2022 per le seguenti attività sanitarie:

Attività ricovero in acuzie (Raggruppamento Chirurgico):

- Unità funzionale di degenza Chirurgia Generale di 10 posti letto
- Unità funzionale di degenza Ginecologia di 10 posti letto (senza attività di ostetricia)
- Unità funzionale di degenza Ortopedia di 10 posti letto.

Attività ambulatoriale:

- Laboratorio analisi
- Anestesia
- Cardiologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
- Neurologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
- Oncologia

Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica

Centro di Procreazione Medicalmente assistita di III Livello

Reparto Operatorio (n. 2 sale operatorie + n. 1 ambulatorio chirurgico + n.1 sala chirurgica PMA III Livello)

Servizio di Sterilizzazione (in service)

Frigoemoteca (convenzione con la ASL Roma 1-U.O.C. SIMT presso il P.O: San Filippo Neri).

Il nostro obiettivo è da sempre quello di offrire un'assistenza sanitaria di alto livello unita ad un particolare riguardo nei confronti del paziente, che viene accolto in un ambiente confortevole e

trattato con la massima cortesia e disponibilità. La qualità delle prestazioni sanitarie è garantita dalla provata professionalità dell'equipe medica e del personale infermieristico, oltre che dall'impiego delle più moderne tecnologie.

I reparti di degenza sono dotati di camere da uno o all'occorrenza due letti fornite di tutti i servizi. Per fornire un comfort sempre maggiore e soddisfare tutte le esigenze del paziente; la clinica Valle Giulia è dotata anche di **suite** con balcone e salottino privato e di camere **superior** finemente arredate per garantire una qualità di altissimo livello; tutte con TV LCD, tecnologia Wi-fi per la navigazione internet, telefono, poltrona o divano letto per l'ospite, aria condizionata e bagno in camera.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati strutturali della struttura relativi all'anno 2022.

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività aggregati per singolo Presidio - anno 2022

Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A.			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	30	Chirurgia generale	10
		Ortopedia	10
		Ginecologia	10
Posti letto diurni	n.a.	Servizi Trasfusionali	1
		Hub	U.O.C. SIMT presso il P.O. San Filippo Neri)
Blocco Operatorio	1 (piano -1)	Sale operatorie	2
		Ambulatorio Chirurgico	1
Centro di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) di III Livello	1		
Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica			
Blocco Operatorio PMA	1 (piano -2)	Sala chirurgica PMA III livello	1
Servizi ambulatoriali (aperti a pazienti esterni)		Laboratorio analisi	
		Diagnostica per immagini-Radiologia diagnostica	

Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A.

DATI STRUTTURALI

Poliambulatorio		Anestesia	
		Cardiologia	
		Oculistica	
		Ortopedia	
		Chirurgia plastica e ricostruttiva	
		Neurologia	
		Otorinolaringoiatria	
		Urologia	
		Gastroenterologia e Endoscopia	
		Digestiva	
		Oncologia	
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI PER SINGOLO PRESIDIO (Anno 2022)*			
Numero ricoveri ordinari	513	Numero ricoveri diurni	n.a.
Servizio trasfusionale (n° trasfusioni effettuate)	7 trasfusioni effettuate (5 pazienti)		
Branche specialistiche	12	Prestazioni ambulatoriali erogate	1.903 (escluse le analisi di laboratorio)

* Dati relativi al 31.12.2022 forniti dal Direttore Sanitario e ricavati dal Programma gestionale Equipe versione 1.54.0 e aggiornati al 31.12.2022

Di seguito vengono riportate le specificità organizzative della Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. in relazione al rischio infettivo:

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) della Clinica Valle Giulia, presieduto dal Direttore Sanitario, è stato aggiornato in data 15.09.2021 ed è ancora costituito dai seguenti componenti:
 - Direttore Sanitario (Presidente)
 - Responsabile Laboratorio PMA
 - Responsabile Rischio Clinico
 - Medico Anestesista
 - Medico Urologo
 - Infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere (coordinatrice infermieristica del blocco operatorio e coordinatrice infermieristica Area degenza)

- Direttore Tecnico di laboratorio
- Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) e di COVID-19.
- Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza (coordinatrice infermieristica Area degenza).

Il Comitato si riunisce periodicamente, o su convocazione del presidente o segnalazione del RGQ, per analizzare le evidenze prodotte dal sistema di supervisione e controllo e dai diversi report di sorveglianza delle ICA.

Il CCIA ha il compito di vigilare e presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, stimolare l'utilizzo delle "best practice" finalizzate alla riduzione del rischio infettivo, sostenere il miglioramento continuo attraverso l'applicazione delle metodologie di analisi ai processi clinici.

Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese la attività formative che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

Il Comitato ICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali. Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia.

- Attualmente gli indicatori utilizzati per la diagnostica e il controllo delle ICA sono costituiti dal numero di isolamenti di microrganismi sentinella effettuati dal Laboratorio analisi interno e/o dal service e dal numero di diagnosi effettuate dalle eventuali consulenze infettivologiche richieste.
- I pazienti che necessitano di isolamento vengono isolati nel reparto in stanza singola appositamente identificata per questi casi (primo piano stanza n° 605) e osservando la procedura relativa all'isolamento.
- Sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti i piani di degenza e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per tutti gli operatori addetti all'assistenza diretta.
- Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2.

- Sono stati ridefiniti gli accessi del personale, degli utenti/pazienti nella struttura e le conseguenti uscite al fine di limitare il più possibile l'eventualità di introdurre, anche se involontariamente, germi, patogeni e virus (con particolare riferimento al SARS-CoV-2).
- Nella nostra struttura non sono presenti reparti di Malattie infettive.

I dati del 2022 sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

Presidio	Tipologia	Quantità 2022
Prodotti idroalcolici	Gel idroalcolico mani	120 litri
DPI	Mascherine	20.000
	Guanti varie misure	118.300
Disinfettanti	Disinfettante sanificazione ambienti e arredi	108 litri

La prevenzione delle infezioni rappresenta una priorità nella gestione delle prestazioni erogate dalla Clinica, sia in relazione all'emergenza sanitaria da Covid-19, sia a quelle tipicamente riscontrabili nella struttura sanitaria, considerabili a moderato rischio infettivo in considerazione della durata normalmente breve dei ricoveri.

Tutto il personale sanitario è informato e formato in relazione alle modalità di prevenzione e gestione dei rischi per la Salute e la Sicurezza, inclusi quelli costituiti da infezioni correlate all'Assistenza Sanitaria.

Particolare cura viene dedicata alle attività di sanificazione degli ambienti e di disinfezione e sterilizzazione degli strumenti (di norma monouso) e delle apparecchiature (inclusi i relativi accessori) impiegate.

In fase di ricovero il Paziente e i propri congiunti vengono informati dal personale medico e infermieristico rispetto alle esigenze di una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo in particolare frequenti lavaggi delle mani impiegando i saponi e gel idroalcolici disponibili in Clinica.

Ulteriori informazioni sono rilasciate dal personale in relazione all'emergenza sanitaria da Covid-19 in relazione alle disposizioni delle Autorità di riferimento e alle procedure interne predisposte in relazione a tali disposizioni.

Il personale medico dei reparti, nel rispetto e nei limiti dei protocolli terapeutici riconosciuti applicati in Clinica, ha intrapreso un percorso che si basa su metodologie di "anti-microbial stewardship" volte a ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Gli antibiotici vengono somministrati solo in fase perioperatoria seguendo le Linee Guida Regionali per la profilassi antibiotica in chirurgia.

Gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati dalla Responsabile del deposito farmaceutico ai reparti degenza e al blocco operatorio, dietro prescrizione del Medico. È proseguita anche nel 2022 una reportistica periodica sul consumo degli antibiotici nella struttura da parte delle Coordinatrici infermieristiche e del responsabile del deposito farmaceutico mediante apposita modulistica M-ICA-2 Monitoraggio consumo antibiotici.

In conclusione, si evidenzia l'assenza, nel corso del 2022, di casi di infezioni potenzialmente correlate all'Assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero presso la Clinica ad eccezione di una infezione polmonare riscontrata in data il 24.10.22 tramite RX torace per presenza di febbre in paziente operata il 18.10.2022 per protesi d'anca.

Le altre infezioni rilevate invece riguardano pazienti con infezioni preesistenti all'ingresso in Clinica e confermate dal nostro laboratorio analisi (1 infezione rilevata su liquido periprotetico in occasione di revisione di protesi d'anca e 1 infezione su un tampone da ferita su gamba).

Lo studio delle infezioni del 2022 è stato condotto attraverso l'analisi della documentazione clinica di tutti i degenti presso la Clinica e le Check list controllo ICA (M-ICA-3). I dati raccolti sono riassunti nella tabella seguente:

Sede dell'Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali 2022 (*)
Infezioni da COVID -19	/		4.496,8 gr
Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite	1	24.10.22 Trattamento antibiotico per 5 giorni in quanto da RX torace è risultato un versamento pleurico trattato con antibiotico per 5 giorni	
Infezioni del Tratto Urinario	/		
Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale	/		
Infezioni di Cute e Tessuti Molli	1	Riscontrata il 03.11.2022 una infezione da pseudomonas aeruginosa su paziente entrata con ulcere su gamba dx – Impostata terapia antibiotica	
Altro	1	Riscontrata il 23.06.22 una infezione da Staphylococcus Captis in paziente operato in Clinica per revisione di protesi d'anca – impostata terapia antibiotica come da antibiogramma	

(*) Il quantitativo degli antibiotici totali si riferisce sia alla profilassi perioperatoria effettuata compresa la PMA sia agli antibiotici somministrati per infezioni sopraggiunte e/o confermate.

AZIONI CONTENIMENTO EPIDEMIA DA SARS-CoV-2

Durante l'emergenza COVID-19, la Casa di Cura Clinica Valle Giulia S.p.A. da marzo 2020, emana ed aggiorna periodicamente, sulla base dell'evoluzione delle normative regionali e nazionali, il *Protocollo di regolamentazione per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro* per la gestione dell'emergenza COVID-19; a tale Protocollo generale si riconnettono poi specifiche Istruzioni operative settoriali (I-GC COVID Gestione casi sospetti - confermati in strutture no COVID-19; I-DPI Gestione dei dispositivi di prevenzione individuali; I-PUL COVID-19 Pulizia e sanificazione durante epidemia da COVID-19; I-LAB COVID Modalità di accesso in struttura per effettuazione test per la ricerca del virus SARS-CoV-2, Protocollo di Laboratorio per emergenza COVID-19), in entrambi i tipi documenti sono previste misure per la Prevenzione ed il Controllo del Coronavirus SARS-CoV-2. La struttura, per quanto possibile adotta ancora le misure atte a disciplinare le modalità di accesso e a ridurre al minimo la presenza di persone all'interno dei propri locali al fine del contenimento del contagio da COVID-19.

I flussi informativi connessi a tale emergenza sono molteplici e sono divenuti via via più ampi e complessi e riguardano ora la notifica alla ASL di tutti i casi confermati positivi, la comunicazione dei decessi correlati al COVID-19, la rilevazione di tutti i tamponi e di tutte le sierologie eseguiti.

1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'equipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

La prevenzione e la mitigazione-gestione degli eventi avversi è oggetto di una specifica procedura gestionale interna (P-RISK) redatta con riferimento alla normativa e alle applicabili raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2022 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2022, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

Detta relazione consuntiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 (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), è pubblicata sul sito internet aziendale.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022

CLINICA VALLE GIULIA CASA DI CURA S.p.A.					
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ¹	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near miss	0 (0 %)	0 (0 %)	In Clinica non sono avvenuti eventi avversi, "near miss" o eventi sentinella nel corso del 2022. Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/comunicazione (0%)	Le attività di miglioramento standard sono costituite da formazione del personale e dal costante miglioramento delle procedure interne e del parco tecnologico	Registro eventi sentinella Cartelle Cliniche e Ambulatoriali Sinistri Sistemi di reporting Emovigilanza Farmacovig. ICA
Eventi avversi	0 (0 %)	0 (0 %)			
Eventi Sentinella	0 (0 %)	0 (0 %)			

Si evidenzia che, seppur in assenza di episodi di eventi avversi, eventi sentinella o "near miss", la Clinica ha predisposto, in accordo a specifiche procedure gestionali, un piano di miglioramento

¹ * fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G109850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

che comporta iniziative di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e/o relative alle procedure/istruzioni interne e alla comunicazione. L'attuazione di tali iniziative è monitorata per mezzo di specifici indicatori di processo e audit interni.

Definizione Eventi²:

- **Eventi Avversi (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Sono tutti casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al paziente imputabili alle cure degli operatori. Può essere previsto o non prevedibile.
- **Near-Misses o "Quasi Eventi" (NM):** Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito. Si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato o era scaduto ed è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.
- **Evento Sentinella (ES):** Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia nei cittadini nei confronti del SSN. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.

L'elenco degli eventi sentinella applicabili nell'ambito della struttura contenuti nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato dal Ministero della salute nel Luglio 2009 sono i seguenti:

- Procedura in paziente sbagliato
- Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- Errata procedura su paziente corretto
- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

² * Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"

- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Da quanto si evince dalle tabelle riepilogative degli eventi avversi/sentinella, nel corso del 2022 non si sono verificati eventi sentinella, né eventi avversi né near miss.

Nella tabella seguente si riportano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico.

I dati riportati nella tabella 3 sono pubblicati ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 (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) nel sito internet aziendale sulla home page della struttura.

Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri ³	N. Sinistri liquidati ³	Risarcimenti erogati ³
2018	5	0	0
2019	1	0	0
2020	2	0	0
2021	3	1 del 2021	7.000,00€
2022	1	0	0
Totale	12	0	7.000,00€

1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura.

Tabella 4 – Posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Massimali	Franchigia	Brokeraggio
2017	31.12.	BH Italia	€ 120.718	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Ecclesia

³ In Tabella 3 vanno riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Massimali	Franchigia	Brokeraggio
2018	31.12.	BH Italia	€ 165.224	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Ecclesia
2019	31.12.	BH Italia	€ 183.295	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Ecclesia
2020	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2021	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2022	31.12.	AM Trust	€ 206.602	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria

1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Nel PARS 2022 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche da implementare contestualmente.

Nelle seguenti tabelle (5a e 5b) si dettaglia per ciascun indicatore proposto il livello di raggiungimento alla data del 31.12.2022. Per alcune attività è stato realizzato un risultato parziale a causa del protrarsi della Pandemia da Coronavirus che ha portato a delle criticità gestionali e/o organizzative o perché era stato previsto uno sviluppo su un arco temporale più ampio (biennale), come dettagliato in tabella.

Le tabelle pubblicate nelle pagine successive riportano:

- Le attività predisposte dalla Clinica in relazione a ognuno degli obiettivi strategici regionali, rispettando il vincolo delle cinque attività per gli obiettivi strategici regionali;
- Le informazioni sul grado di conseguimento delle attività svolte negli anni precedenti in relazione alle attività e ai relativi obiettivi pianificati nella precedente edizione del PARS ("relazione consuntiva").

Tabella 5 a – Resoconto delle attività del PARS precedente (Rischio clinico)

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.22
Obiettivo A- ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”	Da riproporre per il 2023	Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2022	Il corso sulla gestione del rischio clinico non è stato eseguito per l’anno 2022 poiché il personale è stato assente causa infezione da COVID ed è stata data priorità ai corsi ECM per concludere il triennio 2020-2022.
Obiettivo A - Attività 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla strut-	Parzialmente- da riproporre per il 2023	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2022	Il 4 maggio 2022 è stata inviata dal DS una mail informativa/formativa ai Medici di guardia sulla P-ST procedura Servizio trasfusionale (RM n° 5). Il 5.10.2022 è stato effettuato un corso ai nuovi assunti sulla nuova edizione delle

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.22
tura e sull'aggiornamento / revisione delle procedure aziendali”			Procedure aziendali. Nel 2023 saranno ultimate le RM e verrà formato il personale entro il 2023.
Obiettivo A - ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di un corso relativo alle modalità di gestione del consenso informato in base alla Determinazione del 25.01.2022 n. G00642 Adozione del “Documento di indirizzo sul consenso informato”	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2022	Il 23.11.22 è stato effettuato il corso relativo alle modalità di gestione del consenso informato in base alla Determinazione del 25.01.2022 n. G00642 Adozione del “Documento di indirizzo sul consenso informato” e sulla I-CI in Ed. 3 rev.1 del 26.07.22 al personale della segreteria medici, parte del personale infermieristico della degenza, personale prelievi e laboratorio analisi, personale di radiologia.
Obiettivo B – ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la P-RISK e relativa modulistica e la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”	SI	N° eventi avversi / eventi sentinella /near miss in un anno/	Monitoraggio sino al 31.12.2022 con l’ausilio del modulo M-RD-4 Indicatori di processo 2022. Sono state richieste le credenziali alla Regione Lazio, siamo in attesa del rilascio delle credenziali. Nel 2022 non si sono rilevati eventi avversi / eventi sentinella /near miss.
Obiettivo B – ATTIVITÀ 5 – “Continuo Aggiornamento delle Raccomandazioni Ministeriali e delle Procedure ed Istruzioni di lavoro riguardanti l’area sanitaria” al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi”	Parzialmente- Da riproporre per il 2023	Aggiornamento delle restanti procedure aziendali per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali entro il 31/12/2022.	Sono state emesse/aggiornate le seguenti procedure P-ST Servizio Trasfusionale Ed. 3 rev. 0 del 26.04.2022 (RM n°5); P-MFOS raccomandazione per la manipolazione di forme orali solide RM n° 19) e la P-PRS Prevenzione rischio suicidio (RM n.4) in Ed. 2 del 09.12.22 Le altre Procedure verranno adeguate alle restanti RM entro il 2023.
Obiettivo B – ATTIVITÀ 6 – “Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali” al fine di verificare l’implementazione delle Procedure/Istruzioni di nuova introduzione/revisione (P-CC - P-AMR -P-ICA, I-CRE ecc.)	Parzialmente- Da riproporre per il 2023	Redazione procedura relativa agli audit clinici e modulistica dedicata. Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di funzione aziendali entro il 31/12/2022	Effettuato audit interno il 28.10.22 su tutti i processi aziendali e su un campione di pazienti. È stata verificata l’applicazione delle procedure di nuova introduzione. Da redigere la procedura sull’audit clinico nel 2023.
Obiettivo B – ATTIVITÀ 7 – Aggiornamento dei Consensi Informati e della Procedura seguendo la Determinazione del 25.01.2022 n. G00642 Adozione del “Documento di indirizzo sul consenso informato e le Società scientifiche riconosciute in letteratura al fine del miglioramento delle prestazioni erogate	SI	n. 1 aggiornamento / revisione di Procedura e modulistica entro il 31/12/2022	È stata redatta l’istruzione I-CI Consensi Informati in Ed. 3 rev.1 del 26.07.22 e sono stati aggiornati tutti i consensi informati della clinica sia generali che specifici.

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.22
Obiettivo B - ATTIVITÀ 8 – Migliorare l’appropriatezza della qualità del dato clinico, assistenziale ed organizzativo introducendo la cartella clinica elettronica interfacciata con la degenza, la sala operatoria e gli altri servizi diagnostici. Effettuazione di controlli puntuali ed accurati da parte del Direttore Sanitario sulle Cartelle Cliniche a cui verranno allegati una nuova scheda Anestesiologica, una scala VAS e le consegne delle infermiere all’interno della Diaria	Parziale - Da riproporre per il 2023	n. 1 aggiornamento / revisione della Procedura della Cartella clinica e modulistica entro il 31/12/2022 n° NC rilevate su cartelle cliniche / totale ricoveri annuali	L’adozione della CC elettronica è stata rimandata. È stata revisionata la P-CC Gestione della Cartella Clinica Ed. 2 Rev. 2 del 17.05.22, i moduli M-CC-2 Diario Clinico e M-CC-6 Diario Infermieristico ed è stata introdotta la M-CC-5 Scheda valutazione del dolore. E’ stata revisionata anche la M-CC-4 Scheda anestesiologica (rev. 1 del 25.01.2022) Nessuna NC rilevata sulle cartelle cliniche /513 (tot. ricoveri annuali) 0/513=0
Obiettivo B - ATTIVITÀ 9 – Promuovere il monitoraggio della qualità percepita e attesa attraverso l’informatizzazione del questionario soddisfazione del cliente con inserimento sul sito aziendale al fine di facilitare le modalità di raccolta e utilizzo dello stesso. La compilazione verrà effettuata direttamente sul sito.	SI	Informatizzazione del Modulo soddisfazione paziente entro il 31/12/2022	È stato inserito sul sito aziendale il questionario di soddisfazione del paziente compilabile direttamente online.
Obiettivo C - ATTIVITÀ 10 – “Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”	NO - Da riproporre per il 2023	Formazione di tutti gli operatori nuovi assunti entro il 31/12/2022	Attività formativa non effettuata nel 2022. Verrà riproposta per l’anno 2023
Obiettivo C - ATTIVITÀ 11 – Progettazione ed esecuzione di una Formazione specifica del personale autorizzato all’accesso nell’area RX E RM (gestione accesso ai locali, procedure di emergenza e di sicurezza, procedure di monitoraggio parametri microclimatici e di percentuale ossigeno Sala RM, ecc.) secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 14.01.2021	Parzialmente - Da riproporre per il 2023	Esecuzione dei corsi a tutto il personale tecnico di Radiologia entro il 31/12/2022	Il 17.03.22 è stato effettuato il corso sul RMN a tutto il personale che ha accesso all’area RMN.

Tabella 5 b – Resoconto delle attività del PARS precedente (Gestione del Rischio Infettivo)

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2022
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2022	In occasione delle revisioni del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 06.04.22 e del 03.11.22 si è riunito il Comitato CCICA ed è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi.
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della modulistica	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2022	In occasione delle revisioni del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 06.04.22 e del 03.11.22 si è riunito il Comitato CCICA ed è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi.
ATTIVITÀ 3 – Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi e corretta implementazione della relativa modulistica	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2022	In occasione delle revisioni del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 06.04.22 e del 03.11.22 si è riunito il Comitato CCICA ed è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi.
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 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al	SI	• N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1	In occasione delle revisioni del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 06.04.22 e del 03.11.22 si è riunito il Comitato CCICA

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2022
personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti			ed è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sul lavaggio mani,
ATTIVITÀ 5 – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e mini gel idroalcolici omaggio, video/immagini caricati sui monitor in sala di attesa, canali youtube, ecc.	SI	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05.05.2022	In occasione del 5.05.2022 è stata intrapresa l’iniziativa di proiettare sui monitor prese ti in accettazione il video dell’Istituto superiore di Sanità sul lavaggio delle mani da far vedere agli utenti e al personale. Inoltre in varie zone della Clinica sono stati apposti ulteriori cartelli che indicano le modalità corrette per il lavaggio delle mani.
ATTIVITÀ 6 – Redazione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato entro dicembre 2023	SI	N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato	Piano di azione locale relativo all’anno 2022 redatto in data 06.02.2023. Le azioni da attuare per il miglioramento: <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti - definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente. - definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati.
ATTIVITÀ 7 – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali	SI	N° di questionari con esito negativo / tot questionari $\leq 3\%$	Effettuata verifica mantenimento competenze degli operatori e degli osservatori il 03.11.22. Nessun esito negativo. 0/13=0
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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)			
ATTIVITÀ 8 – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni	SI	Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione del sito chirurgico rilevata

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2022
del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE		Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione del tratto urinario rilevata
		Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione da Clostridium difficile rilevata
		Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione legata alla gestione dei cateteri venosi rilevata
		Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno	1/1= 100% Una probabile ICA riscontrata con referto radiologico come da tabella relativa alle infezioni su esposta 1/513 ricoveri= 0,19%
		N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione da CRE rilevata
<u>ATTIVITÀ 9</u> – Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE –Implementazione procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio (n. infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno).	Parziale da riproporre per il 2023	N° 3 attività di monitoraggio, sorveglianza e raccolta dati per infezioni da CPE:	Nel 2022 non si sono rilevate infezioni da CRE e vista l'assenza di tali infezioni non è stato implementato un sistema di sorveglianza attiva, tramite l'esecuzione di tamponi rettali/coprocoltura, per la ricerca di batteri multiresistenti.
<u>ATTIVITÀ 10</u> –Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE - Implementazione procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio.		<ul style="list-style-type: none"> Numero infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno. Numero tamponi rettali/coprocoltura su totale tamponi effettuati (in un anno) 	
<u>ATTIVITÀ 11</u> – Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE a partire dal laboratorio di microbiologia di riferimento - Implementazione procedura di comunicazione CPE e relativa modulistica (n° di infezioni da CPE comunicate/totale dei degenti in un anno)		<ul style="list-style-type: none"> Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno). 	

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2022
ATTIVITÀ 12 – “Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert”	SI	Verifica Implementazione procedura sull’antimicrobico resistenza entro il 31/12/2022 Report semestrale su circolazione dei microrganismi alert entro il 31/12/2022	Report annuale sull’antimicrobico resistenza del 15.12.2022 del DS
ATTIVITÀ 13 – “Implementazione della Procedura sull’antibiotico-profilassi perioperatoria redatta sulla base delle linee guida regionali”	SI	Controllo dell’applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica perioperatoria mediante - Audit da parte del DS Frequenza di Infezioni del Sito Chirurgico (intesa come rapporto tra il numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite) entro il 31/12/2022 Monitoraggio entro il 31/12/2021 da effettuare tramite checklist ICA	Report monitoraggio ICA e infezioni invasive da CPE e consumo antibiotici del 15.12.2022 da parte del DS Effettuato audit interno il 28.10.22 su tutti i processi aziendali e su un campione di pazienti. È stata verificata l’applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica peri-operatoria. Microrganismi alert monitorati attraverso gli indicatori specifici (vedasi Attività 8-9). 0/513= 0 nessuna infezione da CRE e nessuna infezione del sito chirurgico
ATTIVITÀ 14 – “Elaborazione di report su Diffusione delle colonizzazioni/infezioni da CPE/CRE per l’adozione di interventi/misure di miglioramento. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici e report semestrale sulla diffusione delle CRE	SI	Numero infezioni da CRE su totale dei degenti in 1 anno. 1 Report semestrale Monitoraggio entro il 31/12/2022 da effettuare tramite checklist ICA	0 / 513 non si sono verificati casi di infezioni dovuti a patogeni circolanti in clinica nel 2022 Monitoraggio uso degli antibiotici nel 2022: 4.496,8 grammi di antibiotici somministrati per profilassi preoperatoria e infezioni riscontrate
ATTIVITÀ 15 – “Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici in 1 anno al fine di ridurre l’utilizzo degli stessi.	SI	1. Numero di patogeni circolanti / totale degenti in un anno 2. Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno 3. Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno Monitoraggio entro il 31/12/2022 con Report semestrale	Report del DS del 15.12.2022. Sono state utilizzate le schede per la segnalazione delle infezioni M-ICA-5, la scheda monitoraggio consumo antibiotici M-ICA-2 e la scheda check list rischio ICA M-ICA – 3 1. 0/513= 0% nessun patogeno circolante 2. 0/513=0% Non si sono verificati casi di pazienti resistenti agli antibiotici. 3. 4.496,8 grammi di antibiotici somministrati – totale degenti 513

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2022
			Costo totale antibiotici/ costo totale farmacia € 7795.49 / € 38132.67=20.44%. Gli antibiotici nel 2022 sono stati utilizzati prevalentemente a scopo di profilassi perioperatoria.
ATTIVITÀ 16 – “Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.	SI	N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria (2021-2022) Monitoraggio al 31/12/2022	I prodotti idroalcolici utilizzati nell’anno 2022 sono stati 120 litri mentre nel 2021 erano 90 litri. C’è stato un incremento grazie all’attività di sensibilizzazione riguardante l’importanza del lavaggio delle mani per prevenire le infezioni

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l’implementazione del PARS ad esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico)
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l’implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (paragrafo 4);
- Direzione Amministrativa: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (paragrafo 1.2-1.3);
- Presidente CDA/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 (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l’adozione e il monitoraggio del presente documento.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Direttore Ammi- nistrativo	Presidente CDA/Pro- prietà	Strutture di supporto
Redazione PARS (ec- cetto i paragrafi: 1.2, 1.3 e 4)	C	R	C	C	-
Redazione paragrafi 1.2 e 1.3	C	C	R	I	-
Redazione paragrafo 4 obiettivi e attività per la gestione del rischio in- fettivo	R	C	I	I	-
Adozione PARS con de- liberazione	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il paragrafo 4)	C	R	C	I	C
Monitoraggio PARS paragrafo 4 (obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo)	R	C	I	I	C

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

3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio clinico ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo.

Il PARS del 2023 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2022 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e, nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli **obiettivi strategici** stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

- 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.

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività ed obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2023.

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”		
INDICATORE		
Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2023		
STANDARD		
1 corso di formazione all'anno		
FONTE		
Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella 8 – Obiettivo A – Attività 2

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla struttura e sull'aggiornamento/revisione delle Procedure aziendali”.		
INDICATORE		
Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2023		
STANDARD		
1 corso di formazione		
FONTE		
Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella 9 – Obiettivo A – Attività 3

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 3- Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da nuova Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - 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 25.10.2016.			
INDICATORE Esecuzione del corso a tutto il personale sanitario entro il 30.06.2023			
STANDARD 1 corso l’anno			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Formazione	Risk Manager
Progettazione del corso	C	C	R
Approvazione del corso	C	R	C
Esecuzione del corso	R	I	R

Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 4

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la P-RISK e relativa modulistica e la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”		
INDICATORE N° eventi avversi / eventi sentinella /near miss in un anno/		
STANDARD ≤ 1		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario
Redazione procedura	R	C
Verifica procedura	C	R
Adozione procedura	C	R

Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 5

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 5 – “Continuo Aggiornamento delle Raccomandazioni Ministeriali e delle Procedure ed Istruzioni di lavoro riguardanti l'area sanitaria” al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi “			
INDICATORE Aggiornamento delle restanti procedure aziendali per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali entro il 31/12/2023.			
STANDARD 12 Raccomandazioni Ministeriali			
FONTE Direttore Sanitario			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager	RFA
Redazione procedure	R	C	C
Verifica procedure	C	R	I
Adozione procedure	C	C	R

Tabella 12 – Obiettivo B – Attività 6

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 6 – “Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali” al fine di verificare l'implementazione delle Procedure/Istruzioni di nuova introduzione/revisione (P-CC - P-AMR -P-ICA, I-CRE ecc.)			
INDICATORE Redazione procedura relativa agli audit clinici e modulistica dedicata. Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di funzione aziendale entro il 31/12/2023			
STANDARD Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella ed eventi avversi sia a seguito di segnalazioni spontanee interne o esterne, sia per verificare l'applicazione delle procedure ed istruzioni in singole aree della Clinica			
FONTE Risk Manager/Direttore Sanitario			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'			

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabili di branca
Promozione e organizzazione del gruppo di auditing	R	C	C
Esecuzione di audit (in caso di Evento Sentinella, ecc.)	R	R	C

Tabella 13 – Obiettivo B – Attività 7

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 7 – Redazione procedura sulla prevenzione delle cadute dei pazienti secondo la Determinazione 06.11.2022 n. G15198 Adozione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”			
INDICATORE			
Redazione Procedura e modulistica entro il 30.06.2023			
STANDARD			
Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione della Procedura 03 revisionata			
FONTE			
Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	RGQ	Responsabili di branca
Redazione procedure	R	C	C
Verifica procedure	C	R	R

Tabella 14 – Obiettivo B – Attività 8

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 8 – Migliorare l'appropriatezza della qualità del dato clinico, assistenziale ed organizzativo introducendo la cartella clinica elettronica interfacciata con la degenza, la sala operatoria e gli altri servizi diagnostici. Effettuazione di controlli puntuali ed accurati da parte del Direttore Sanitario sulle Cartelle Cliniche			
INDICATORE			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzione cartella clinica elettronica entro dicembre 2023 2. N° NC rilevate su cartelle cliniche / totale ricoveri annuali 			
STANDARD			

< 1 NC			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	RGQ	Responsabili di branca
Redazione procedure	R	C	C
Verifica procedure	C	R	R

Tabella 16 – Obiettivo C – Attività 9

OBBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ 9– “Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”		
INDICATORE Formazione di tutti gli operatori entro il 31/12/2023		
STANDARD 1 corso di formazione		
FONTE Risk Management, Responsabile Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella 17 – Obiettivo C – Attività 10

OBBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	
ATTIVITÀ 10– Progettazione ed esecuzione di una Formazione specifica del personale autorizzato all’accesso nell’area RX (gestione accesso ai locali, procedure di emergenza e di sicurezza, ecc.) secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 14.01.2021	
INDICATORE Esecuzione dei corsi a tutto il personale tecnico di Radiologia entro il 31/12/2023	
STANDARD 1 corso ogni tre anni	
FONTE Esperto qualificato e Medico autorizzato	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	

Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Formazione	Esperto qualificato/ Medico Autorizzato
Progettazione del corso	I	C	R
Approvazione del corso	R	R	C
Esecuzione del corso	I	C	R

4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Gli obiettivi dell'organizzazione sono stati definiti sulla base dei seguenti tre obiettivi strategici regionali in modo da includere quelli del piano Regionale delle prevenzioni (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobicoresistenza (PNCAR):

- 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

Per ogni obiettivo strategico definito sono state riportate le attività previste con i relativi indicatori misurabili e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2022.

Tabella 18 – Obiettivo A – Attività 1-2-3

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO
<u>ATTIVITÀ 1</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA
<u>ATTIVITÀ 2</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della modulistica
<u>ATTIVITÀ 3</u> – Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sul controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi e corretta implementazione della relativa modulistica
INDICATORE: 50% Esecuzione di almeno un corso agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2023
STANDARD Almeno 1 evento formativo sul totale dei corsi programmati in un anno
FONTE

CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella 19 – Obiettivo B – Attività 4-5-6-7

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.		
<u>ATTIVITÀ 4</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti		
<u>ATTIVITÀ 5</u> – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e mini gel idroalcolici omaggio, video/immagini caricati sui monitor in sala di attesa, canali youtube, ecc.		
<u>ATTIVITÀ 6</u> – Revisione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato entro dicembre 2023		
<u>ATTIVITÀ 7</u> – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali		
INDICATORE: Attività 4: N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1 Attività 5: N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05.05.2023 Attività 6: N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato Attività 7: N° di questionari con esito negativo / tot questionari $\leq 3\%$		
STANDARD Attività 4: Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate Attività 5: Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05.05.2023 Attività 6: almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello avanzato. Attività 7: Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Responsabili di Branch

Programmazione attività/iniziativa	R	C
Approvazione attività/iniziativa	C	R
Esecuzione attività/iniziativa	R	C

Tabella 20– Obiettivo C – Attività 8

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

ATTIVITÀ 8 – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE

INDICATORE ≥ 1 indagine sulle principali ICA con ausilio della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni-

- Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno
- N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno

Monitoraggio entro il 31/12/2023 da effettuare tramite checklist ICA e Report annuale del DS

STANDARD

< 3 %

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Verifica dati	C	R
Elaborazione report	C	R

Tabella 21 – Obiettivo C – Attività 9-10-11

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

ATTIVITÀ 9– Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE introducendo uno screening quadrimestrale mediante tampone rettale sui degenti – **Revisione della Istruzione I-CRE**

ATTIVITÀ 10 –Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE - Implementazione procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio.

ATTIVITÀ 11 – Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE a partire dal laboratorio di microbiologia di riferimento - Implementazione procedura di comunicazione CPE e relativa modulistica

INDICATORE:

Attività 9: - N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno

- N° di tamponi rettali positivi/ N° di tamponi rettali totali

Attività 10: - N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno

- N° di tamponi rettali positivi/ N° di tamponi rettali totali

Attività 11: - Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno)

Monitoraggio entro il 31/12/2023 da effettuare tramite checklist ICA e report del DS

STANDARD

≤ 3 % di infezioni colonizzazioni da CRE

FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Verifica dati	C	R
Elaborazione report	C	R

Tabella 22 – Obiettivo C – Attività 12

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

ATTIVITÀ 12 – “Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert”

INDICATORE

Verifica Implementazione procedura sull'antimicrobico resistenza mediante audit entro il 31/12/2023

Report semestrale su circolazione dei microrganismi alert entro il 31/12/2023

STANDARD

1 Audit e 1 report semestrale

FONTE

CCICA e Laboratorio analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Laboratorio analisi
Progettazione	R	C

Verifica	C	R
Adozione	C	R

Tabella 23 – Obiettivo C – Attività 13

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
<u>ATTIVITÀ 13</u> – “Continuare l’implementazione ed il monitoraggio della Procedura sull’antibiotico-profilassi perioperatoria redatta sulla base delle linee guida regionali”		
INDICATORE		
Controllo dell’applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica peri-operatoria mediante Audit da parte del DS		
Frequenza di Infezioni del Sito Chirurgico (intesa come rapporto tra il numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite) entro il 31/12/2023		
STANDARD		
Almeno 1 audit su applicazione Procedura		
Numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite $\leq 3\%$		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Verifica	C	R
Adozione	C	R

Tabella 24 – Obiettivo C – Attività 14

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
<u>ATTIVITÀ 14</u> – “Elaborazione di report su Diffusione delle colonizzazioni/infezioni da CPE/CRE per l’adozione di interventi/misure di miglioramento. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici e report semestrale sulla diffusione delle CRE		
INDICATORE:		
Numero infezioni da CRE su totale dei degenti in 1 anno.		
1 Report semestrale		
Monitoraggio entro il 31/12/2023 da effettuare tramite checklist ICA		
STANDARD		
$\leq 3\%$		

FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	C	R

Tabella 25 – Obiettivo C – Attività 15

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
ATTIVITÀ 15 – “Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici in 1 anno al fine di ridurre l'utilizzo degli stessi.		
INDICATORE		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di patogeni circolanti / totale degenti in un anno 2. Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno 3. Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno e confronto dei dati anno con precedente (2022-2023) 		
Monitoraggio entro il 31/12/2023 con Report semestrale		
STANDARD		
<ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 3\%$ 2. n.v %. 3. n.v. 		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	C	R

Tabella 26 – Obiettivo C – Attività 16

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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
---	--	--

ATTIVITÀ 16– “Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.		
INDICATORE N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria e confronto dei dati con anno precedente (2022-2023) Monitoraggio al 31/12/2023		
STANDARD > 5 %		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	C	R

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Si riportano di seguito le modalità con cui il presente documento verrà diffuso a livello della struttura.

- a) Invio tramite mail alle Direzioni aziendali e alle diverse Funzioni aziendali
- b) Pubblicazione sul sito internet della struttura nella Home page (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento)
- c) **Entro il 28 febbraio 2022 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail crre@regione.lazio.it. per il caricamento sul cloud regionale.**

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l’Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
2. Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851
3. Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 - Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
4. Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 - Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato".
5. Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - 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 25.10.2016.
6. Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”.

7. 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”.
8. 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”.
9. 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”.
10. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.
11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”.
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
14. 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”.
15. 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”.
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
17. 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”.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. 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.