ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
00167 Roma – Via dei Monti di Creta, 104 – Tel 06 6646.1

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Anno 2024

FLMM IDI-IRCCS

REDAZIONE		VERIFICA E APPROVAZIONE		VALIDAZIONE	
DATA	FUNZIONE	DATA	FUNZIONE	DATA	FUNZIONE
	MEDICO DIREZIONE SANITARIA MEDICO INFETTIVOLOGO RESP. SERV. PROF. SANITARIE RISK MANAGER		DIRETTORE SANITARIO DIREZIONE SANITARIA DIRETTORE AMMINISTRAZIONE PERSONALE E RISORSE INDUSTRIALI		CONSIGLIERE DELEGATO Fondazione Luigi Maria Monti Il Consigliere Delegato Dr. Alessandro Zurzolo

Sommario

1 CONTESTO ORGANIZZATIVO 3
1.1 GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 4
2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI... 5
3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIATIVA 7
4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 7
5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 14
6 OBIETTIVI E ATTIVITÀ 15
6.1 OBIETTIVI 15
6.2 ATTIVITÀ 15
7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 20
7.1 OBIETTIVI 20
7.2 ATTIVITÀ 21
8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS 27
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 27

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Luigi Maria Monti è un Ente Morale dotato di personalità giuridica di diritto privato, costituita il 29 gennaio 2015 con la finalità di onorare la memoria del Fondatore della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione e delle relative Opere Ospedaliere ed Assistenziali.
L'Istituto Dermopatico dell'Immacolata, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IDI-IRCCS), è un polo sanitario presso il quale viene svolta attività sanitaria, clinica ed assistenziale, sia in regime di ricovero ordinario che diurno, attività di specialistica ambulatoriale ed attività di ricerca.
L'IDI-IRCCS riveste nel panorama della sanità cattolica nazionale ed internazionale un ruolo di assoluta rilevanza per quanto attiene all'aspetto medico e a quello scientifico. Le attività sono svolte presso le sedi del gruppo:

- Istituto Dermopatico dell'Immacolata - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IDI-IRCCS) sede di Roma via dei Monti di Creta 104;
- Istituto Dermopatico dell'Immacolata - sede di Villa Paola Capranica (Viterbo), Via Luigi Monti 1.

Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) rappresenta lo strumento per programmre, promuovere e realizzare le misure per la gestione del rischio, clinico e infettivo, in ottemperanza agli specifici requisiti previsti dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017, finalizzate a prevenire i rischi che possono coinvolgere la persona assistita durante il percorso di cura e sostenere la cultura della sicurezza delle cure.
Le attività indicate nel PARS sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio sanitario e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.
Nelle Tabelle 1 e 2 si riportano alcuni dati descrittivi della FLMM IDI-IRCCS, relativi alla situazione aziendale e al contesto nel quale il PARS dovrà essere implementato.

Tabella 1 – Dati Strutturali e Attività 2023 – FLMM IDI-IRCCS Via Monti di Creta 104, Roma

DATI STRUTTURALI			
Posti Letto Ordinari	**103**	**Area Medica**	**47**
		Area Dermatologica	**21**
		Area Chirurgica	**35**
Posti Letto Diurni	**44**	**Servizi Trasfusionali**	In convenzione con SIMT Santo Spirito
Blocchi Operatori	**3**	**Sale Operatorie**	**9**
UTI	**4**[(A)]		
DATI DI ATTIVITÀ 2023[(B)]			
Ricoveri Ordinari	**2.908**	**Ricoveri Diurni**	**8.618**
Branche Specialistiche	n. interventi chirurgici in degenza diurna	**6.582**	
	n. interventi in degenza ordinaria	**938**	
	n. APA	**5.785**	
Prestazioni ambulatoriali erogate (escluse le analisi di laboratorio)	**210.243**		

(A): Posti Letto in Autorizzazione; **(B):** Dati forniti dal SIO e aggiornati al 31/12/2023

Tabella 2 – Dati Attività 2022 - FLMM Villa Paola IDI - Via Padre Luigi Maria Monti, 1 01012 Capranica (Viterbo)

DATI DI ATTIVITÀ 2023[A)]			
Branche Specialistiche	**5**	**Prestazioni Erogate (escluse le Analisi di Laboratorio)**	**31.827**

(A): Dati forniti dal SIO e aggiornati al 31/12/2023

1.1 GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La prevenzione e la gestione del rischio infettivo correlato all'assistenza rivestono un ruolo primario nell'ambito della sicurezza delle cure.
La prevenzione e la sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono essenziali per promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per pazienti, visitatori e operatori sanitari.
Sotto il profilo della gestione del rischio infettivo la Direzione Sanitaria, nel rispetto della normativa vigente, vigila e promuove attività di prevenzione – gestione – sorveglianza delle ICA con il supporto del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).
Il CC-ICA è un organo tecnico di supporto alle attività della Direzione Sanitaria e di promozione di iniziative volte al contenimento della diffusione di patologie infettive all'interno della struttura sanitaria; è stato istituito con Prot. Direzione Sanitaria n. 477 del 19 Dicembre 2013 in luogo del Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).
Il CC-ICA si riunisce periodicamente per pianificare e realizzare iniziative di analisi e di intervento sulle ICA, intervenendo d'urgenza in caso di criticità emergenti o di segnalazioni pervenute all'attenzione del Risk Manager o della Direzione Sanitaria. I dati dei sistemi di sorveglianza sono periodicamente discussi dal gruppo di lavoro del Comitato per la rilevazione di eventuali problematiche e per l'individuazione delle azioni di miglioramento più idonee a contrastare le ICA e valutarne l'efficacia nel tempo.
Il CC-ICA è composto dalle seguenti figure professionali:

- Direttore Sanitario (anche Risk Manager e Responsabile del Servizio Gestione Qualità), quale Presidente del Comitato;
- Dirigente Medico di Direzione Sanitaria;
- Dirigente Medico Infettivologo;
- Responsabili Medici di Reparto;
- Responsabile Farmacia Ospedaliera;
- Responsabile Laboratorio Analisi;
- Responsabile delle Professioni Sanitarie;
- Responsabile Servizio di Epidemiologia;
- N.2 Dirigenti Biologi;
- Coordinatori Infermieristici di Reparto.

Con periodicità annuale il CC-ICA misura la prevalenza di ICA e l'uso di antimicrobici. L'indagine di prevalenza consente la condivisione e lo studio degli interventi mirati al rispetto delle misure di prevenzione conformemente alle indicazioni aziendali, nonché la valutazione del buon uso degli antibiotici e del problema delle resistenze batteriche. Il valore della prevalenza di ICA è utilizzato come indicatore in sede di riunione di riesame del CC-ICA.

Nel 2023 non sono stati rilevati casi di ICA potenzialmente correlate ai ricoveri presso la FLMM IDI-IRCCS di Roma.
L'organizzazione sanitaria applica metodi di "Antimicrobial Stewardship" indirizzati ad ottimizzare le terapie antibiotiche e minimizzarne i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche ed alle interazioni indesiderate con le altre terapie somministrate.
Le attività di contrasto all'antimicrobico-resistenza sono coordinate dal *Gruppo Antimicrobial Stewardship* (GAS), gruppo di lavoro multidisciplinare interno al CC-ICA istituito con Prot. Direzione Sanitaria n. 227 del 09 Ottobre 2017 al fine di promuovere e sostenere un uso responsabile e appropriato degli antibiotici.
In particolare, le attività del GAS comprendono:

- Adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici;
- Individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici;
- Reportistica periodica sull'uso degli antibiotici;
- Audit sull'uso degli antibiotici;
- Interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici.

Al fine di individuare precocemente la presenza di specifiche resistenze ad antibiotici, su indicazione della Direzione Sanitaria, in cartella clinica viene sempre registrato l'uso di antibiotici da parte dei pazienti nel mese precedente il ricovero.
La Farmacia Ospedaliera con cadenza mensile elabora un report sul consumo di antibiotici da parte delle UU.OO. e Servizi e, in collaborazione con il GAS e con il Servizio delle Professioni Sanitarie, valuta il loro utilizzo.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Per Evento Avverso (EA) si intende un evento inatteso, correlato al processo assistenziale, che può comportare 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".
Per Evento Evitato – Near Miss (NM) si intende un errore che ha la potenzialità di causare un EA che non si verifica per caso fortunato o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per la persona assistita.
Per Evento Sentinella (ES) si intende un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno alla persona assistita 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
La segnalazione degli EA e degli ES consente di evidenziare le possibilità di miglioramento dell'assistenza affinché l'intera organizzazione ne tragga beneficio.
Le modalità di sorveglianza degli EA – NM - ES sono illustrate nella procedura aziendale "Gestione degli Eventi Avversi ed Evitati" (DS/911/PO/046), finalizzata a rendere più sicura l'assistenza erogata ai pazienti e definire i criteri per la corretta alimentazione del portale regionale relativo agli eventi (cosiddetto Si.Re.S.: *Sistema Regionale di Segnalazione*) con l'obiettivo di migliorare la qualità dei dati caricati sul portale stesso e consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES Eventi per quanto riguarda gli Eventi Sentinella.

Nell'anno 2023 sono state registrate n. 51 segnalazioni totali, distribuite nel modo seguente:

- Area Medica n. 25 segnalazioni: n. 12 nell'U.O. di Oncologia, n. 7 nell'U.O. di Dermatologia, n. 1 nel Day Hospital Oncologico e n. 5 nell'U.O. di Medicina;
- Area Chirurgica n. 5 segnalazioni: n. 4 nel Reparto Unico di Chirurgia (n. 2 di U.O. Chirurgia Vascolare e n. 2 di U. O. Chirurgia Plastica), n. 1 nel Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva;
- Area Servizi n. 21 segnalazioni: n. 13 presso gli Ambulatori di I e II Livello, n. 3 presso il STS/SEU, n. 1 presso la Diagnostica per Immagini, n. 3 presso la Farmacia Ospedaliera e n. 1 presso lo Sportello Ritiro Referti.

Nel 80,4% dei casi si è trattato di segnalazioni di cadute accidentali (n. 41).
Sono stati condotti n. 10 approfondimenti degli Eventi Avversi segnalati nel periodo di riferimento.

Tutti gli eventi sono stati classificati secondo la Determinazione Regionale n. G09850 del 20 Luglio 2021 - Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" - prima emissione 6 luglio 2021, Centro Regionale Rischio Clinico; sono stati approfonditi e proposte delle azioni di miglioramento solo negli eventi avversi o nei *near miss* ad alta rilevanza.

Il Risk Manager è coadiuvato dalla Direzione Sanitaria per le attività di: raccolta dati, rilievo, codifica e gestione di eventuali segnalazioni; provvede, tramite accesso al portale della Regione Lazio "*Sistema Regionale di Segnalazione*" (Si.Re.S.) ad alimentare e gestire il flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), a seguito di segnalazioni pervenute dalle unità operative e servizi.

Nella Tabella 3 è riportata la sintesi degli eventi segnalati nel 2023.

Tabella 3 – Eventi Segnalati nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1 (2,1%)	-	Strutturale 20% Tecnologico 20% Organizzativo 30% Procedure/Comunicazione 30%	Strutturale 20% Tecnologico 20% Organizzativo 30% Procedure/Comunicazione 30%	Sistemi di Reporting (100%)
Eventi Avversi	50	80,4%			
Eventi Sentinella	-				

Nella Tabella 4 sono riportati il numero di sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti Erogati
2019	3	sinistri aperti
2020	3	sinistri aperti
2021	1	sinistro aperto
2022	7	sinistri aperti
2023	8	sinistri aperti

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella Tabella 5 si riporta in dettaglio la posizione assicurativa.

Tabella 5: Posizione Assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	Annuale senza rinnovo tacito	AM Trust		250.000,00 € elevata a 750.000,00 € in caso di morte	SI
2021	Annuale senza rinnovo tacito	AM Trust		250.000,00 € elevata a 750.000,00 € in caso di morte	SI
2022	Annuale senza rinnovo tacito	AM Trust		250.000,00 € elevata a 750.000,00 € in caso di morte	SI
2023	Annuale senza rinnovo tacito	AM Trust		250.000,00 € elevata a 750.000,00 € in caso di morte	SI
2024	Annuale senza rinnovo tacito	AM Trust		250.000,00 € elevata a 750.000,00 € in caso di morte	SI

* "La FLMM è in fase di rinnovo della polizza RCT/O. Allo stato attuale, i dati sono gli stessi dell'anno precedente"

Il premio annuo non può essere fornito, in quanto attiene a logiche e trattative commerciali assolutamente riservate che non possono essere portate all'esterno dell'Istituto.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nel Piano precedente, per quanto riguarda la gestione del rischio clinico, si erano individuate n. 15 attività specifiche e nella Tabella n. 6 di seguito riportata si dettaglia per ciascun livello il raggiungimento alla data del 31.12.2023.
Di queste attività, n. 1 non è stata realizzata a causa di criticità gestionali e/o organizzative.

In occasione della Giornata sulla sicurezza delle cure, incentrata sul tema del coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e della comunità nella sicurezza dell'assistenza, tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la quinta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti

del 17 settembre 2023, la FLMM IDI-IRCCS ha provveduto alla creazione di un vademecum e di una brochure informativa per fornire ai familiari/caregiver ed alla popolazione le informazioni essenziali per la prevenzione della caduta della persona assistita.
Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali, riguardano soprattutto i pazienti anziani e possono determinare in questi, oltre ai danni diretti di tipo fisico e psicologico strettamente correlati al trauma ed alle loro eventuali conseguenze invalidanti, anche ricadute negative nel medio e lungo periodo.
Le cadute che si verificano in corso di ricovero, inoltre, come noto, comportano un incremento dei costi sanitari e sociali per le necessità di prolungare la degenza, di erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche aggiuntive, di risarcire gli eventuali danni permanenti, ecc.
Tuttavia, sono eventi potenzialmente prevenibili tramite l'adozione di strategie multifattoriali che, in associazione alla valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. A fini di prevenzione è anche fondamentale che i pazienti e i familiari/caregiver siano consapevoli del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante all'applicazione di queste strategie multifattoriali.
In applicazione del "Documento di Indirizzo sulla Prevenzione e la Gestione della Caduta della Persona Assistita" della Regione Lazio (Centro Regionale Rischio Clinico, prima emissione 26 ottobre 2022), la struttura esplicita il proprio impegno tramite:

- la revisione della procedura aziendale specifica "Prevenzione e Gestione della caduta della Persona Assistita" DS/911/PO/048, sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee di Indirizzo regionali;
- la periodica valutazione delle condizioni di rischio ambientale, sia nelle aree assistenziali che in quelle comuni, mediante compilazione di apposita checklist, applicata presso tutte le UU.OO. e Servizi della struttura sanitaria;
- l'implementazione di un'apposita scheda di segnalazione, disponibile sulla intranet aziendale, che consente di meglio monitorare il fenomeno anche in termini di esiti. Per un più ampio e completo monitoraggio del fenomeno delle cadute all'interno della struttura sanitaria, al fine dell'individuazione delle cause e messa in atto di possibili correttivi, la scheda di segnalazione delle cadute, da inviare, una volta compilata, alla funzione di risk management aziendale e alla Direzione Sanitaria, è stata elaborata ed implementata sia per il paziente ricoverato sia per il paziente ambulatoriale/visitatore;
- la diffusione presso tutte le UU.OO. e i Servizi di materiale informativo ad hoc (brochure "Vademecum per la prevenzione delle cadute", raccolta "Strumenti di supporto per la persona assistita e per i caregiver") previsto dalle Linee di Indirizzo Regionali, al fine di aumentare la consapevolezza del rischio di caduta nei pazienti e per ottenere la collaborazione all'applicazione di strategie multifattoriali nei familiari/caregiver\.
  La brochure "Vademecum per la prevenzione delle cadute" contiene un **QR Code** dal quale è possibile scaricare la raccolta "Strumenti di supporto per la persona assistita e per i caregiver" della Regione Lazio, che contiene consigli utili e pratici per promuovere la salute degli anziani in tema di prevenzione delle cadute;
- attività di formazione e sensibilizzazione del personale, frontale e sul campo, per:
  - promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari;
  - migliorare il livello di competenza nella gestione della caduta in ospedale;
  - rafforzare il senso di responsabilità degli operatori sul tema a garanzia della tutela della salute e della sicurezza delle cure.

Nella Tabella 6 è illustrato il resoconto delle attività del PARS del 2023.

Tabella 6: Attività PARS 2023

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Realizzazione di corsi di formazione/retraining per il personale sanitario in tema di gestione del rischio clinico in ambito sanitario	SI	Effettuati n. 25 corsi di formazione/addestramento del personale sanitario: ✓ 14/03/2023 – 17/03/2023: "Piano di Azione Locale Igiene delle Mani (PALIM) anno 2023" ✓ 12-18-20-21/04/2023: "Piano di Azione Locale Igiene delle Mani (PALIM) anno 2023" ✓ 21/03/2023 – 08/06/2023: "Gestione del rischio clinico in ambito sanitario" ✓ 28/03/2023 – 13/06/2023: "Gestione della cartella clinica" ✓ 25/05/2023: "Formazione principi di qualità e tecniche di comunicazione con paziente e familiari – caregivers" ✓ 22-23/06/2023: "Prevenzione e Gestione della caduta della persona assistita" ✓ 26-27-28/07/2023: "Prevenzione e Gestione della caduta della persona assistita" ✓ 26/07/2023: "UFA: Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)" ✓ 25-26-27-28/07/2023: "Formazione Lavoro in solitario (procedura SGSL/911/PO013)" ✓ 20/07/2023 – 27/09/2023: "Formazione Procedure interne" ✓ 20/06/2023: "Formazione consenso informato" ✓ 08-09-10-14-15-21-22-23-24/11/2023: "Formazione Procedure interne ISO 45001:2018" Realizzata n. 1 iniziativa per la Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita: ✓ 17/09/2023: "Prevenzione della caduta della persona assistita: vademecum"
Attività 2	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Incontri "CondivIDIamo"	SI	Realizzati n. 8 incontri CondivIDIamo: ✓ 22/02/2023: "Stenosi carotidea: strategie di trattamento" ✓ 15/03/2023: "Aggiornamenti sulla gestione dei Linfomi primitivi cutanei a cellule T" ✓ 19/04/2023: "Galenica officinale: tradizione e innovazione" ✓ 17/05/2023: "Allergia alle LIPID-TRANSFERT PROTEINS; Disturbo del neurosviluppo ADNP-correlato e fenotipo cutaneo" ✓ 14/06/2023: "Tossicità in immunoterapia"" ✓ 20/09/2023: "Vitiligine e malattie del sistema pigmentario" ✓ 04/10/2023: "Percorso del paziente con ulcere cutanee" ✓ 19/10/2023: "Sindrome di Lyell" ✓ 19/12/2023: "Allergie agli insetti commestibili"; "Embolia polmonare all'epoca dei DOAC"

Attività 3	Realizzata	Stato di Attuazione
Procedura farmacovigilanza per l'implementazione di un sistema di farmacovigilanza aziendale finalizzato alla valutazione continua della sicurezza sui farmaci	SI	Inserimento di specifico paragrafo nella procedura "Gestione Farmaci e Dispositivi e Rilevazione Microclima": § 7.11 Farmacovigilanza e Dispositivo Vigilanza
Attività 4	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Realizzazione di corsi di formazione per il personale sanitario in tema di prevenzione e gestione della caduta della persona assistita sulla base dei contenuti del documento regionale di riferimento	SI	Effettuati n. 9 corsi di formazione/addestramento del personale sanitario: ✓ 22-23-27-28/06/2023 – 25-26-27-28/07/2023 – 27/09/2023: "Prevenzione e Gestione della caduta della persona assistita"
Attività 5	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Formazione/Retraining del personale sul corretto utilizzo dei DPI per la riduzione del rischio da contagio di operatori e persone assistite	SI	Effettuato n. 1 corso di formazione/addestramento del personale sanitario: ✓ 26/07/2023: "UFA: Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Incident Reporting e Monitoraggio dei Near Miss, Eventi Avversi, Eventi Sentinella e inserimento nel portale regionale	SI	50 Eventi Avversi e 1 Near Miss (vedi Tabella n. 3)
Attività 2	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Monitoraggio e revisione/aggiornamento/implementazione delle procedure aziendali relative alle Raccomandazioni Ministeriali	SI	▪ Revisione n. 3 Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno dei lavoratori della struttura sanitaria (DS/911/PO/107) ▪ Revisione n. 1 Procedura per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica (DS/911/PO/1117) ▪ Procedura per la distribuzione diretta dei farmaci presso la Farmacia Ospedaliera (DS/911/PO/057) ▪ Procedura per la gestione del farmaco sperimentale nella Farmacia Ospedaliera (DS/911/PO/106) ▪ Revisione n. 1 Procedura prevenzione e gestione della caduta della persona assistita (DS/911/PO/048)
Attività 3	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management	SI	Eseguito continuativamente con il supporto dell'Ufficio di Programmazione Sanitaria.
Attività 4	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti	SI	Sono stati condotti n. 5 audit, convocati e guidati dal Risk Manager

Attività 5	Realizzata	Stato di attuazione
Survey Studio di Prevalenza delle Infezioni Ospedaliere nel nostro Istituto	SI	Indagine annuale effettuata con apposita Scheda di Rilevazione su tutti i pazienti degenti, reclutati solo se ricoverati 48 ore prima del giorno di rilevazione: 19/10/2023 e 26/10/2023
Attività 6	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Introduzione della cartella clinica informatizzata	PARZIALMENTE	Il processo di informatizzazione è stato implementato nelle unità operative di area medica e nei servizi. L'implementazione nelle unità operative di area chirurgica sarà avviata nel prossimo anno

Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Partecipazione alle attività del CC-ICA	SI	Partecipazione al 100% delle sedute convocate
Attività 2	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Partecipazione alle attività del GAS	SI	Partecipazione al 100% delle sedute convocate
Attività 3	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Partecipazione agli incontri "CondivIDIamo"	SI	Partecipazione al 100% delle sedute convocate
Attività 4	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Partecipazione alle Conferenze Multidisciplinari "Morbility & Mortality"	NO	Non si sono svolte Conferenze Multidisciplinari "M&M" per problematiche logistico-organizzative

Per quanto riguarda la gestione del rischio infettivo, nel Piano precedente si erano individuate n. 12 attività specifiche e nella Tabella n. 7 di seguito riportata si dettaglia per ciascun livello il raggiungimento alla data del 31.12.2023.
Di queste attività, n. 1 non è stata realizzata a causa di criticità gestionali e/o organizzative.

Tabella 7: Attività PARS 2023

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Attività di formazione/aggiornamento degli operatori sanitari in tema di prevenzione del rischio infettivo, in particolare monitoraggio e prevenzione delle ICA e corretta igiene delle mani	SI	Effettuati n. 6 corsi di formazione/addestramento del personale sanitario: ✓ 14-17/03/2023 – 12-18-20-21/04/2023: "Piano di Azione Locale Igiene delle Mani (PALIM) anno 2023"
Attività 2		**Stato di Attuazione**
Progettazione e realizzazione di almeno un corso di informazione/formazione degli operatori sanitari in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all'antimicrobico resistenza	SI	Identificazione delle tematiche richiedenti corsi di informazione/formazione attraverso riunioni periodiche del Gruppo Antimicrobial Stewardship (GAS)

Attività 3		**Stato di Attuazione**
Consolidamento delle strategie di Antimicrobial Stewardship e di formazione: revisione del protocollo di antibiotico-profilassi perioperatoria	NO	La revisione del protocollo di antibiotico-profilassi perioperatoria è in corso
Attività 4		**Stato di Attuazione**
Consolidamento dei flussi di sorveglianza e monitoraggio delle infezioni da SARS-CoV-2 tra il personale sanitario, tecnico e amministrativo operante all'interno dell'ospedale	SI	Elaborazione Report TNF molecolari/antigenici eseguiti sui lavoratori sul portale dedicato (Jasper Report)
Attività 5		**Stato di Attuazione**
Attività di formazione/retraining, informazione e addestramento sul corretto utilizzo dei DPI nella vestizione, svestizione e smaltimento dei DPI nell'ambito delle misure di prevenzione del rischio COVID-19	SI	Effettuato n. 1 corso di formazione/addestramento del personale sanitario: ✓ 26/07/2023: "UFA: Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Obiettivo B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE 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 1	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Questionario di autovalutazione (Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044)	SI	1) Requisiti strutturali e tecnologici 2) Formazione del personale 3) Monitoraggio e feedback 4) Comunicazione permanente 5) Clima organizzativo Vedi documento allegato "M - PALIM - QAS - QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE STRUTTURA 2023"
Attività 2	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Requisiti strutturali e tecnologici	SI	Verificata la disponibilità presso le UU.OO./Servizi di dispencer e prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza. L'approvvigionamento avviene in modalità continua in tutti i reparti. Il rapporto lavandini/letti è almeno 1:10 e 1:1 nelle stanze di isolamento. Per ogni lavandino sono disponibili sapone e salviette monouso
Attività 3	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Formazione del personale	SI	La formazione degli operatori viene effettuata almeno una volta all'anno. Nel 2023 sono stati realizzati n. 6 incontri formativi sul tema, con la somministrazione dei questionari OMS per valutare il grado di aderenza/compliance
Attività 4	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
		Sono stati somministrati agli operatori sanitari delle UU.OO. e Servizi i questionari OMS di follow-up per valutare le conoscenze sull'igiene delle mani (indicazioni per l'igiene delle mani e corretta tecnica di igiene delle mani), con elaborazione dei dati e report a cura del servizio di Epidemiologia Clinica.

Monitoraggio e feedback	SI	Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani attraverso report trimestrali sul consumo di soluzione idroalcolica a cura della Farmacia Ospedaliera. Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta presso le aree di assistenza nelle date calendarizzate per l'anno 2023 (Prot. 79/DS/2023 del 26/04/2023)
Attività 5	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Comunicazione permanente	SI	I poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani, come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica e la tecnica corretta di lavaggio delle mani, sono esposti in tutte le unità operative/servizi. Nelle UU.OO. e Servizi sono disponibili opuscoli informativi sull'igiene delle mani.
Attività 6	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Clima organizzativo e commitment	SI	Presenza di un team per la promozione e l'implementazione della corretta pratica dell'igiene delle mani. Formazione continua degli operatori sanitari sul tema. Gli assistiti/familiari/caregiver sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani attraverso l'informativa fornita dagli operatori e il materiale informativo presente nei reparti

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		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Sorveglianza epidemiologica delle ICA attraverso lo Studio di Prevalenza delle Infezioni Ospedaliere nell'Istituto	SI	Indagine annuale effettuata con apposita Scheda di Rilevazione su tutti i pazienti degenti, reclutati solo se ricoverati 48 ore prima del giorno di rilevazione: 19 e 26/10/2023
Attività 2	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e delle batteriemie da CPE/CRE	SI	Report Laboratorio Microbiologia
Attività 3	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Monitoraggio del consumo di antibiotici (ATB) nelle UU.OO e Servizi ospedalieri (DDD/100 GDO) attraverso l'elaborazione di un report annuale	SI	Report UO Farmacia Ospedaliera
Attività 4	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (L/1000 GDO) attraverso l'elaborazione di un report annuale	SI	Report UO Farmacia Ospedaliera
Attività 5	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Elaborazione e implementazione di procedure correlate alla prevenzione del rischio infettivo	SI	▪ Procedura accessi venosi periferici (DS/911/PO/004) ▪ Procedura gestione della ferita chirurgica (DS/911/PO/023)

		▪ Procedura gestione cateteri venosi centrali (DS/911/PO/024) ▪ Procedura per la gestione della ventilazione assistita (DS/911/PO/038) ▪ Procedura per la gestione di un evento pandemico (DS/911/PO/114)
Attività 6	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Sorveglianza e contrasto della contaminazione da Legionella dell'impianto idrico e di condizionamento del Presidio (mantenimento della contaminazione entro i limiti previsti dalla legge)	SI	Rilevazione semestrale dei campionamenti microbiologici dell'impianto idrico

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione del PARS a esclusione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC);
- Direttore Sanitario/Presidente CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica Aziendale: adotta il PARS e si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Nella Tabella 8 è riportata la matrice delle Responsabilità.

Tabella 8: Matrice delle Responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Legali/Generali	Direzione Generale/Proprietà	Direttore Amministrativo	Strutture di Supporto
Redazione PARS (eccetto i punti 2, 3 e 7)	C	R	C	C	C	-
Redazione punti 2 e 3	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Il PARS dell'IDI IRCCS rappresenta lo strumento di programmazione, promozione e realizzazione delle iniziative finalizzate alla gestione del rischio sanitario e all'implementazione di una politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.
Le attività che si realizzano attraverso il Piano fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.
Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS

6.1 OBIETTIVI

In coerenza con le linee regionali e con la mission della FLMM, sono stati identificati per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

6.2 ATTIVITÀ

Le tabelle seguenti riportano in sintesi le attività del PARS previste per l'anno 2024, ad esclusione di quelle legate alla gestione del rischio infettivo, per le quali si rimanda al § 7.2

Legenda delle Matrici di Responsabilità: **R** = Responsabile; **C** = Coinvolto; **I** = Interessato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 - Realizzazione di corsi di formazione/retraining per il personale sanitario in tema di gestione del rischio clinico in ambito sanitario
INDICATORE N° corsi realizzati entro il 31/12/2024
STANDARD SI
FONTE Risk Management/Ufficio Formazione/Servizio Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Ufficio Formazione SPS**	**Corpo Docente**
Progettazione del corso di formazione	R	C	I
Esecuzione del corso	I	R	C
Valutazione efficacia del corso	I	C	R

ATTIVITÀ 2 – Incontri "CondivIDIamo"
INDICATORE N° incontri realizzati entro il 31/12/2024
STANDARD ≥ 5
FONTE Risk Management/Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Personale**
Organizzazione degli incontri	R	R	I
Svolgimento degli incontri	C	R	I

ATTIVITÀ 3 - Realizzazione di corsi di formazione/retraining per il personale sanitario in tema di prevenzione e gestione della caduta della persona assistita
INDICATORE N° corsi realizzati entro il 31/12/2024
STANDARD SI
FONTE Risk Management/Ufficio Formazione/Servizio Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Ufficio Formazione SPS**	**Corpo Docente**
Progettazione del corso di formazione	R	C	I
Esecuzione del corso	I	R	C
Valutazione efficacia del corso	I	C	R

ATTIVITÀ 4 – Formazione/Retraining del personale sul corretto utilizzo dei DPI per la riduzione del rischio da contagio di operatori e persone assistite
INDICATORE N° incontri di formazione, informazione e addestramento realizzati entro il 31/12/2024
STANDARD SI
FONTE Risk Management/Ufficio Formazione/Servizio Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Ufficio Formazione SPS**	**UU.OO./Servizi**
Progettazione del corso di formazione	R	C	I
Esecuzione del corso	I	R	C
Valutazione efficacia del corso	I	C	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

ATTIVITÀ 1 - Incident Reporting e Monitoraggio dei Near Miss, Eventi Avversi, Eventi Sentinella e inserimento nel portale regionale

INDICATORE
n. inserimenti

STANDARD
100%

FONTE
Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Personale
Segnalazione eventi	I	I	R
Valutazione	R	C	I
Inserimento	R	I	I

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio e implementazione delle procedure aziendali relative alle Raccomandazioni Ministeriali

INDICATORE
N° procedure revisionate/aggiornate ed implementate

STANDARD
SI

FONTE
Risk Manager/Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	UU.OO. / Servizi
Revisione/aggiornamento procedure	R	I	C
Monitoraggio secondo i criteri Agenas e inserimento sul portale	R	I	C

ATTIVITÀ 3 – Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management

INDICATORE
Numero di cartelle verificate

STANDARD
$\geq$ 150

FONTE
Risk Manager/Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Personale
Esecuzione	C	R	I
Analisi	C	R	I
Report	C	R	I

ATTIVITÀ 4 – Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi a seguito di segnalazioni di EA, ES e NM

INDICATORE
N° Audit e produzione di report con piano di miglioramento

STANDARD
SI

FONTE
Risk Manager/Direzione Sanitaria/UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	UU.OO. / Servizi
Organizzazione e svolgimento audit	R	R	C
Produzione report con relativo piano di miglioramento	R	C	C
Implementazione azioni correttive da parte degli operatori dell'UO/Servizio interessato	C	C	R

ATTIVITÀ 5 – Survey Studio di Prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza nel nostro Istituto

INDICATORE
N° Schede di Rilevazione

STANDARD
≥ 50

FONTE
Risk Manager/CC-ICA/UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	CC-ICA	Direzione Sanitaria	UU.OO./Servizi
Esecuzione Indagine di Prevalenza	I	R	C	C
Elaborazione report	R	R	C	I
Diffusione report UU.OO. e Servizi	C	R	R	I

ATTIVITÀ 6 – Implementazione della cartella clinica informatizzata

INDICATORE
Informatizzazione attività clinico-assistenziali in regime di degenza ordinaria e diurna entro il 31/12/2024

STANDARD
SI

FONTE
ICT

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	ICT	Direzione Sanitaria	UU.OO
Esecuzione progetto di informatizzazione	R	C	I
Implementazione	R	I	C
Monitoraggio	R	C	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
ATTIVITÀ 1 - Partecipazione alle attività del CC-ICA
INDICATORE N° di sedute convocate/Numero di presenze
STANDARD ≥ 75%
FONTE Direzione Sanitaria/CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**CC-ICA**
Convocazione delle sedute	I	R	C
Partecipazione	I	C	R

ATTIVITÀ 2 - Partecipazione alle attività dell'Antimicrobial Stewardship (GAS)
INDICATORE N° di sedute convocate/Numero di presenze
STANDARD ≥ 75%
FONTE Direzione Sanitaria/GAS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**GAS**
Convocazione delle sedute	I	R	C
Partecipazione	I	C	R

ATTIVITÀ 3 - Partecipazione agli incontri "CondivIDIamo"
INDICATORE N° di sedute convocate/Numero di presenze
STANDARD ≥ 70%
FONTE Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Personale**
Convocazione delle sedute	C	R	I
Partecipazione	C	R	I

ATTIVITÀ 4 – Partecipazione alle Conferenze Multidisciplinari "Morbility & Mortality"			
INDICATORE N° di Conferenze Multidisciplinari convocate/Numero di presenze			
STANDARD ≥ 70%			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Personale**
Convocazione delle sedute	C	R	I
Partecipazione	C	R	I

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Di seguito sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

7.1 OBIETTIVI

In coerenza con le linee regionali e con la mission della FLMM, sono stati identificati per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
B. Implementazione del Piano di Intervento sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 ATTIVITÀ

Le tabelle seguenti riportano in sintesi le attività previste per l'anno 2024 relativamente alla gestione del rischio infettivo.

Legenda delle Matrici di Responsabilità: **R** = Responsabile; **C** = Coinvolto; **I** = Interessato.

OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 1 – Attività di formazione/aggiornamento degli operatori sanitari in tema di prevenzione del rischio infettivo, in particolare monitoraggio e prevenzione delle ICA e corretta igiene delle mani			
INDICATORE – Esecuzione di almeno 2 incontri formativi entro il 31/12/2024			
STANDARD – SI			
FONTE – CC-ICA/Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CC-ICA**	**Direzione Sanitaria**	**Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	I	C
Realizzazione del corso	R	C	I
Monitoraggio	I	R	C
ATTIVITÀ 2 – Attività di formazione/aggiornamento degli operatori sanitari in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all'antimicrobico resistenza			
INDICATORE – Esecuzione di almeno 1 incontro formativo entro il 31/12/2024			
STANDARD – SI			
FONTE – CC-ICA/Direzione Sanitaria/UO Farmacia Interna			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CC-ICA**	**Direzione Sanitaria**	**Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	I	C
Realizzazione del corso	R	C	I
Monitoraggio	I	R	C
ATTIVITÀ 3– Consolidamento delle strategie di Antimicrobial Stewardship: revisione della linea guida interna sulla profilassi antibiotica in chirurgia			
INDICATORE – Revisione e approvazione del protocollo di antibiotico-profilassi perioperatoria entro il 31/12/2024			
STANDARD – SI			
FONTE – CC-ICA - GAS			

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**GAS**	**CC-ICA**	**Direzione Sanitaria**	**UU.OO./Servizi**
Redazione del documento	R	C	I	I
Implementazione del documento	C	C	C	R
Monitoraggio	R	C	I	C
ATTIVITÀ 4 – Sorveglianza e monitoraggio delle infezioni da SARS-CoV-2 tra il personale sanitario, tecnico e amministrativo operante all'interno dell'ospedale				
INDICATORE – Reportistica su numero di TNF Molecolari e TNF Antigenici eseguiti sui lavoratori				
STANDARD – Flussi di Sorveglianza				
FONTE – Sorveglianza Sanitaria				

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Sorveglianza Sanitaria**	**Direzione Sanitaria**	**Laboratorio Analisi**
Elaborazione report	R	I	C
Invio report e analisi del trend	R	I	C
ATTIVITÀ 5 – Attività di formazione/retraining, informazione e addestramento sul corretto utilizzo dei DPI nella vestizione, svestizione e smaltimento dei DPI nell'ambito delle misure di prevenzione del rischio COVID-19			
INDICATORE – Esecuzione di almeno 2 edizioni entro il 31/12/2024			
STANDARD – SI			
FONTE – CC-ICA/Direzione Sanitaria/Risk Management			

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CC-ICA RM**	**Direzione Sanitaria**	**Ufficio Formazione**
Formazione/Retraining	R	I	C
Monitoraggio	I	R	C

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE 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

Di seguito è riportato il Piano di Azione Locale sull'implementazione dell'igiene delle mani previsto per il 2024, secondo le indicazioni contenute nel Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044).

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	**R**	**T**	**M**
Garantire la disponibilità e la manutenzione delle infrastrutture per l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza attraverso l'approvvigionamento continuativo dei prodotti per l'igiene delle mani e la distribuzione dei dispenser in tutti i punti di assistenza. Manutenzione dei lavandini e dei dispenser Monitoraggio/verifica regolare del n. postazioni erogatori soluzione alcolica nelle UU.OO./Servizi/spazi comuni	DS/ST/SPS	Annuale	Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	**R**	**T**	**M**
Programmare la formazione/retrainig continuo degli operatori, neoassunti, osservatori sull'igiene delle mani	DS/CCICA/UFORM	Entro il 28/02/2024	Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONE	**R**	**T**	**M**
Definizione del calendario delle osservazioni sull'igiene delle mani nelle UU.OO. e Servizi (punti di assistenza)	DS/CCICA/SPS	Entro il 31/03/2024	Annuale
Valutare le conoscenze del personale sull'igiene delle mani e la percezione della sua importanza (*follow up*)	DS/CCICA	Entro il 30/06/2024	Annuale
Monitorare i tassi di ICA (Survey 2024)	DS/CCICA	Entro il 31/03/2024	Annuale
Presentazione dei dati delle osservazioni sul campo	DS/CCICA	Entro il 31/03/2024	Annuale
Report di monitoraggio sul consumo dei prodotti idroalcolici (litri/1000 gg degenza ordinaria), stratificati per aree cliniche	Farmacia Ospedaliera	Annuale	Trimestrale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

COMUNICAZONE PERMANENTE			
AZIONE	**R**	**T**	**M**
Aggiornamento regolare del materiale informativo (poster, brochure, promemoria, ecc.) e sostituzione del materiale obsoleto e/o danneggiato	Ufficio Comunicazione	Entro il 31/05/2024	Annuale
Promemoria sull'igiene delle mani tramite screensaver, newsletter	Ufficio Comunicazione	Entro il 31/05/2024	Annuale
Promozione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani – 5 maggio 2024	Direzione Sanitaria/Ufficio Comunicazione	Entro il 31/03/2024	Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT			
AZIONE	**R**	**T**	**M**
Autovalutazione periodica della *compliance* della struttura all'igiene delle mani	DS/CCICA	Annuale	Annuale
Survey Igiene delle Mani	DS/CCICA	Da febbraio a giugno 2024	Annuale
Monitoraggio regolare dello stato di avanzamento delle attività programmate	DS/CCICA/SPS	Entro il 31/03/2024	Semestrale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

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
ATTIVITÀ 1 – Sorveglianza epidemiologica delle ICA attraverso l'esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA
INDICATORE – Esecuzione di almeno una Survey entro il 31/12/2024
STANDARD – SI
FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CC-ICA**	**Direzione Sanitaria**	**Epidemiologia Clinica**
Esecuzione Survey ICA	C	R	I
Elaborazione del report	C	I	R
Definizione programma di miglioramento	R	C	I
Attuazione programma di miglioramento	C	R	I

ATTIVITÀ 2 – Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e delle batteriemie da CPE/CRE

INDICATORE – Segnalazioni isolamento di microrganismi AMR – CRE, produzione semestrale report retrospettivi

STANDARD – SI

FONTE – Laboratorio Microbiologia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Laboratorio Microbiologia	UU.OO./Servizi	Direzione Sanitaria
Sorveglianza continua di laboratorio di AMR - CRE	C	R	C	I
Sorveglianza attiva colonizzazioni da CRE - MRSA	C	R	R	I
Sorveglianza di laboratorio retrospettiva su ICA e AMR - CRE	C	R	C	I

ATTIVITÀ 3 – Monitoraggio del consumo di antibiotici (ATB) nelle UU.OO e Servizi ospedalieri (DDD/100 gg di degenza ordinaria) attraverso l'elaborazione di un report annuale

INDICATORE – Consumo n. dosi giornaliere di antibiotico (DDD)/n. 100 giornate degenza

STANDARD – N° 1 report per anno

FONTE – Farmacia Interna/SIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Farmacia Ospedaliera/SIO	GAS	Direzione Sanitaria
Monitoraggio Consumo ATB	R	C	I
Elaborazione Report	R	C	I
Diffusione Report UU.OO/Servizi	I	I	R

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) l'igiene delle mani (L/1000 giornate di degenza ordinaria - GDO), disaggregato per area assistenziale, attraverso l'elaborazione di un report annuale

INDICATORE – Consumo litri SIA/n. 1000 GDO per area assistenziale

STANDARD – N° 1 report per anno

FONTE – Farmacia Interna/SIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Farmacia Ospedaliera/SIO	GAS	Direzione Sanitaria
Monitoraggio Consumo SIA	R	C	I
Elaborazione Report	R	C	I
Diffusione Report UU.OO./Servizi	I	I	R

ATTIVITÀ 5 – Implementazione di procedure correlate alla prevenzione del rischio infettivo e gestione della sepsi
INDICATORE – N° procedure elaborate
STANDARD – SI
FONTE – Direzione Sanitaria/CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	SPS	CC-ICA	UU.OO./Servizi
Elaborazione procedure	R	C	C	I
Implementazione	C	C	C	R
Monitoraggio	R	R	C	I

ATTIVITÀ 6 – Revisione della procedura "Gestione della Ferita Chirurgica" con le modalità operative di monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica
INDICATORE – Revisione e approvazione della procedura aziendale entro il 31/12/2024
STANDARD – SI
FONTE – CC-ICA / Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	SPS	CC-ICA	Direzione Sanitaria	UU.OO./Servizi
Redazione del documento	R	C	I	I
Implementazione del documento	C	C	C	R
Monitoraggio	R	C	I	C

ATTIVITÀ 7 – Sorveglianza e contrasto della contaminazione da Legionella dell'impianto idrico e di condizionamento del Presidio (mantenimento della contaminazione entro i limiti previsti dalla legge)
INDICATORE – Risultati dei campionamenti periodici
STANDARD – Mantenimento della contaminazione entro i limiti previsti dalla legge
FONTE – Servizio Ambiente e Sicurezza / Servizi Tecnici Manutenzione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	SAS	Servizi Tecnici Manutenzione	CC-ICA	Direzione Sanitaria
Esecuzione campionamenti	C	R	I	C
Elaborazione dei risultati dei campionamenti	R	I	I	I
Diffusione dei risultati e attuazione azioni di miglioramento	C	I	C	R

Legenda: R: Responsabile – **C**: Coinvolto – **I**: Interessato

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

La diffusione del PARS avviene con le seguenti modalità:

- pubblicazione nel portale aziendale;
- presentazione al personale di struttura tramite comunicazione mezzo mail;
- presentazione in plenaria nell'ambito degli incontri formativi CondivIDIamo;
- pubblicazione sulla *home page* della struttura.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibile sul sito del Ministero della salute;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- Ministero della Salute: Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2009;
- Rosenthal MM. Sutcliffe KM eds: Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;
- Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
- Fiorani matteo, Forgeschi Guglielmo. La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla Sicurezza. La Feltrinelli, 2009;
- Barresi Gustavo. Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione. Franco Angeli Editore, 2014;
- Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana frittelli, Vittorio gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita. Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla Legge 24/2017; Quotidiano Sanità Edizioni, Marzo 2017;
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e Sicurezza delle cure. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- Regione Lazio. Rischio Clinico. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.
- http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualità/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 Ottobre 2016 recante "Definizione dei Criteri per la Corretta Classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella";
- 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;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 Dicembre 2017 recante "Istituzione Centro regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";

- Determinazione Regionale n. G13505 del 25 Ottobre 2018 recante "Approvazione Documento di Indirizzo sulla Prevenzione e la Gestione degli Atti di Violenza a Danno degli Operatori Sanitari;
- 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";
- Determinazione n. G00164 del 11 Gennaio 2019 – Direzione salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio – "Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM);
- Regione Lazio Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- Determinazione Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021. Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella". Prima emissione 6 luglio 2021, Centro Regionale Rischio Clinico;
- Regione Lazio Determinazione n. G00643 del 25/01/2022. Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- DGR 970 21-12-2021 recante "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021 – 2025"
- Ministero della Salute "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022 – 2025"
- DGR n. 23 del 18/01/2024 recante "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025" e sul documento recante "Calendario nazionale vaccinale" (Rep. Atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023)"
- Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica, n. U. 0091714 del 22/01/2024. Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)