Prot. U-9/2022

CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO S.P.A.

Residenza Sanitaria Assistenziale – Mantenimento Alto

Via dei Sestili, 18
00174 – Roma
Tel: 0676902864
Fax: 0676902672

Mail: clinica.sanmichele@libero.it
Sito: http://www.sanmichelearcangelospa.it/

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/00	02/02/2022	Risk Manager Presidente CCICA (Medico Responsabile) Ufficio Legale	Responsabile Qualità	Datore di Lavoro

INDICE

1. PREMESSA 3
1.1. SCOPO 4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO 5
2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 6
2.2. SARS-COV-2 6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 8
3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI 8
3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO 9
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 9
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 10
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 12
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 13
7.1. OBIETTIVI 13
7.2. ATTIVITÀ 14
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS 16
9. RIFERIMENTI NORMATIVI 16
10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 17

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.
La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.
Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- *Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;*
- *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.*

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)"

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. è una Residenza Sanitaria Assistenziale destinata ad accogliere ospiti di Mantenimento Alto.

È composta da 48 posti letto, autorizzati e accreditati con il Servizio Sanitario Regionale con DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013, organizzati in camere da 3 o 4 ospiti ciascuna, tutte con bagno interno e piatto doccia a pavimento. Inoltre, come stabilito dal DCA Regione Lazio n. 552/2017 che prevede la verifica quinquennale di tutti i dipartimenti e le UOC della ASL di riferimento, la RSA ha ottemperato tutti i requisiti giuste note della ASL ROMA 2 Protocollo 0067219 del 10/04/2019 e Protocollo 0076427 del 29/04/2019 con conseguente rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento.

Gli Ospiti delle RSA sono persone anziane con poli patologie tali da impedire loro una vita autonoma a casa e con problematiche sociali.

La *Mission* nonché importantissimo obiettivo della Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. è fornire le migliori cure in un clima di umanizzazione orientato alla soddisfazione degli Ospiti e basato sulla qualità, l'efficienza e l'efficacia delle cure.

È, altresì, necessario il miglioramento e mantenimento delle residuali autonomie.

L'attenzione all'Ospite viene effettuata con una valutazione multidisciplinare dello stesso che consente di predisporre adeguati piani di intervento soggetti a valutazione ed aggiornamento.

Al PAI collaborano in equipe Medico Responsabile, Medico di Medicina Generale, i Care Manager, i Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali, Psicologo e Assistente Sociale, nel pieno rispetto degli standard sanciti dalla Regione.

CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
ASL competente	ASL RM 2	/
Posti letto ordinari autorizzati	48	DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013
di cui Posti letto ordinari Accreditati	48	DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013

(A): Dati aggiornati al 02/02/2022

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	13.673	Ufficio Amministrativo
Prestazioni ambulatoriali	/	/
Prestazioni domiciliari	/	/

(A): Dati aggiornati al 02/02/2022

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Clinica San Michele Arcangelo S.p.A., nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (nel seguito, semplicemente CC-ICA) è stato istituito nel 2018 e, a seguito di varie integrazioni dovute perlopiù ad avvicendamento del personale interno, risulta, ad oggi, composto da:

- Medico Responsabile: Dott. Francesco Rossi.
- Risk Manager: Dott.ssa Luana Pompilio
- Coordinatore Infermieristico: Dott.ssa Marta Benedetti
- Amministratore Unico: Prof. Mauro Spallone.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, la struttura si è dotata di un modello di rilevazione e monitoraggio e di una scheda di rilevazione infezioni a consuntivo.

In accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di accertamento, si procede alla segnalazione del caso a parenti e operatori, oltre ovviamente all'uso dei DPI. Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

In caso di sospetto Covid si procede all'isolamento dell'Ospite, utilizzo dei DPI, controllo parametri vitali, comunicazione al SISP ed eventuale suo trasferimento previa comunicazione al Medico di Medicina Generale.

Infine, per quanto riguarda l'attuale uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, la struttura è dotata di dispenser, monitorati e puntualmente gestiti.

2.2. SARS-COV-2

Come noto, anche l'anno 2021, come il precedente, è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia mondiale di Sars-CoV-2.

La Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. ha da subito messo in opera tutte le procedure e i protocolli atti al contenimento e alla prevenzione della pandemia, nel rispetto delle varie Ordinanze e dei Decreti che via via si sono susseguiti. Ciò ha permesso di non aver avuto Cluster.

Nello specifico, la Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. ha istituito in data 08/04/2020 un comitato di Gestione Covid-19, come previsto al punto 13 del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Covid-19 negli ambienti di lavoro.

Promotori della creazione del Comitato sono stati il Datore di Lavoro, il Rappresentante dei Lavoratori e il RSPP; oltre a questi hanno preso parte alle attività figure interne all'azienda e consulenti esterni in settori/servizi strategici.

Il Comitato ha puntualmente analizzato e gestito le necessità emerse e le indicazioni derivanti da Ordinanze e Decreti. In particolare, oltre agli aggiornamenti specifici relativi al D.Lgs. 81/08 e al Regolamento UE 2016/679, sono stati implementati diversi nuovi documenti, procedure operative e moduli di gestione; al fine di tenere sotto controllo tutto il processo.

Il Comitato, oltre alla gestione delle attività sopraelencate, e agli incontri tra i vari partecipanti, si è più volte riunito formalmente per rendicontare le attività a tutti i partecipanti.

Nell'ambito di tali riunioni (e/o relazioni) sono state discusse e deliberate, di volta in volta, le azioni di miglioramento più idonee al contrasto e alla prevenzione dell'infezione.

Infine, molta attenzione è stata posta nei confronti della formazione del personale e

nell'informazione e formazione degli Ospiti e dei familiari.

Il personale ha partecipato a corsi specifici sul Covid-19, sulla prevenzione e il contenimento dell'infezione e sull'utilizzo dei DPI e le metodologie di vestizione e svestizione.

Ospiti e familiari sono stati costantemente informati sulle regole da rispettare e sulle indicazioni da seguire dentro e fuori la struttura e sono state loro consegnate due schede con informazioni specifiche.

Si sottolinea come Direzione Aziendale e Medico Responsabile abbiano garantito una presenza attiva e costante sia nei confronti del personale che degli Ospiti. Tale presenza è rappresentata anche dalle numerose informative e comunicazioni fatte per spiegare le nuove procedure (isolamento, ingressi vietati, ect.).

Le attività continueranno ad essere gestite con le stesse procedure e/o con la stessa politica anche nell'anno in corso.

Come è evidente, il Covid-19 ha ampiamente caratterizzato l'ultimo biennio e, soprattutto, ha inficiato progetti e obiettivi che sono stati o riprogrammati o revisionati in base alle esigenze.

Quindi, molte attività previste per il 2021 saranno riprogrammate per il 2022.

La formazione erogata e alcune delle procedure prodotte nell'ambito di questa emergenza saranno rivalutate e revisionate con l'obiettivo di annetterle al sistema di Gestione del rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Qualsiasi analisi relativa all'anno 2021 non può non prendere in considerazione la pandemia da SARS-CoV-2.

La Clinica San Michele Arcangelo, come tutte le realtà sanitarie e non, ha affrontato e gestito non solo i casi e/o i contatti stretti, ma anche tutte le problematiche connesse a tale situazione.

Come negli anni precedenti, si sottolinea come il Covid-19 abbia inficiato le normali attività e la programmazione preventivata.

Nell'anno 2021 presso la Clinica sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su categoria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	24	100	8.33	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	24	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi, in cui possiamo distinguere: 20 infezioni urinarie, 2 LdP e 2 cadute.

Le infezioni urinarie continuano ad essere il principale evento avverso presente in struttura. Dall'analisi effettuata dopo Audit è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti trattati, cioè disorientati nel tempo e nello spazio, portatori di pannolone, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbilità multiple.

Delle 20 infezioni urinarie registrate, 4 risultano ancora in corso.

Altro evento da riportare sono le LDP che nel corso del 2021 risultano essere 2, di cui:

- Non stadiabile: 1 (proveniente da ospedale)
- III Stadio: 1

Anche in questo caso, è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia di Ospiti trattati.

Dai dati risulta evidente che l'intervento dell'unità di valutazione di lesioni croniche

cutanee dell'Asl RM 2 che con i suoi chirurghi determina il processo delle medicazioni avanzate, la revisione dei protocolli interni per LdP e l'introduzione di un nuovo modulo per l'osservazione e il trattamento delle lesioni, hanno comportato un miglioramento delle condizioni generali sia di rilevazione che di cura.

Per quanto riguarda le due cadute registrate, in considerazione della tipologia di Ospiti e delle modalità con cui sono avvenuti gli eventi, non si è ritenuto necessario intervenire a livello di processo ma si è deciso di intervenire nella gestione dei casi specifici.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea la pronta gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
Totale	0	0	0

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2017	46190625	2018	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2018	46190625	2019	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2019	46190625	2020	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2020	46190625	2021	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	46190625	2022	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Le attività programmate per l'anno 2021 e dichiarate in PARM e PAICA precedenti sono state sospese a causa delle necessità emerse durante il periodo di emergenza per il Covid-19. Inoltre, per quanto riguarda i corsi di formazione, spesso sono stati sospesi direttamente dagli enti erogatori.

Attività PARM:

ATTIVITÀ	REALIZZATA(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso e in accordo con le richieste degli Enti di riferimento (Ministero, Regione, ect.), ha deciso di orientare la formazione sul Covid-19 e la sua gestione. Tali corsi saranno parte del Piano Formativo 2022.
2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"	NO	Vedi attività 1
3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative al Covid-19 e alle Linee Guida Regionali	SI	La struttura ha verificato e revisionato, ove necessario, le procedure relative alla gestione del Covid e le procedure inerenti le Linee Guida Regionali.
4: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso, ha deciso di orientare tutti gli sforzi sul Covid-19 e la sua gestione. Tali attività saranno riprogrammate nel 2022.
5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	SI	/
6: condivisione documenti su Cloud Regionale	SI	Pubblicati PARM e PAICA anno 2021. Per l'anno 2022 si intende intensificare l'attività, pubblicando anche le procedure relative al Gestione del Rischio Clinico. Pubblicate sul sito Agenas le procedure richieste.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

Attività PAICA:

ATTIVITÀ	REALIZZATA(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso e in accordo con le richieste degli Enti di riferimento (Ministero, Regione, ect.), ha deciso di orientare la formazione sul Covid-19 e la sua gestione. Tali corsi saranno parte del Piano Formativo 2022.
2: progettazione ed esecuzione di un corso di informazione/formazione sull'uso degli antibiotici	NA	/
3: procedura di gestione per il buon uso degli antibiotici e monitoraggio consumo antibiotici	SI	/
4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso, ha deciso di orientare tutti gli sforzi sul Covid-19 e la sua gestione. Tali attività saranno riprogrammate nel 2022.
5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	/
6: elaborazione Bundle per la prevenzione delle infezioni del tratto urinario	SI	/

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Medico Responsabile/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	Medico Respons. / Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Amministratore Unico	Ufficio Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	R	C	C	/
Adozione PARS	I	I	I	R	C	/
Monitoraggio PARS	R	R	C	I	C	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

7.1. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- 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 e il miglioramento negli anni successivi;
- promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici**.

7.2. ATTIVITÀ

Le attività sospese nel corso dell'ultimo biennio, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2022.

7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2022 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2022 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n eventi segnalati con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 4: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2022

Elaborazione Piano.

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Elaborazione Piano	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%	**FONTE:** CC-ICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**CC-ICA**	**DIREZIONE**
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione su home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura;
- invio al CRRC.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- 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";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 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 Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep.Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- 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. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).