




Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) ANNO 2022

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica		Approvazione	
				Funzione	Firma	Funzione	Firma	Funzione	Firma
0	14/02/2022	26	Prima emissione 2022	DS/RM		DdC		Legale Rappresentante	

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

INDICE

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO	6
2. RELAZIONE CONSULTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	10
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E PAICA PRECEDENTI	11
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	17
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2022.....	17
6.1 OBIETTIVI	17
6.2 ATTIVITÀ	18
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	24
8. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	25
9. BIBLIOGRAFIA	26

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

PREMESSA

L'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2019, n° 24, ha mutato in gran parte l'attività del Rischio Clinico. In particolare, all'art. 1 della citata legge viene richiamato il principio della sicurezza delle cure in sanità: "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale (...)".

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 (crcc@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 fusione dei contenuti previsti nel PARM e PAICA in un unico documento chiamato **Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)** 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 alla 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 assesment.

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.

L'Associazione Raggio di Sole ONLUS ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

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:

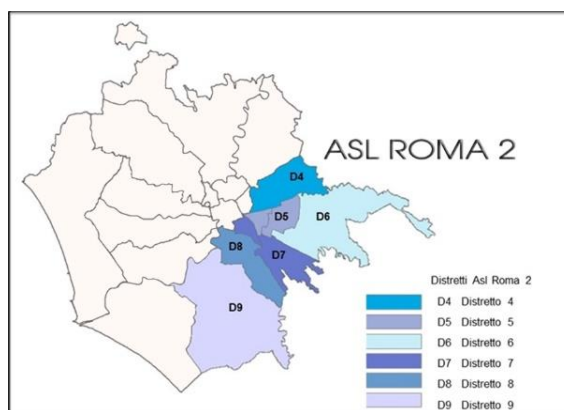
- promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo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

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Associazione "Raggio di Sole ONLUS" è ubicata in Roma in via Publio de Tommasi n° 21 (la Rustica), è stata costituita da un gruppo di genitori il 19 Giugno 1963, con lo scopo di "educare e recuperare i giovani affetti da Ritardo Mentale mediante assistenza Medico Pedagogica".

L'Associazione acquisisce Personalità Giuridica con D.P.R. n.287 il 14.03.74 ed è regolamentata da uno Statuto; nel 1975 stipula una convenzione con il Ministero della Sanità, per l'erogazione di assistenza riabilitativa in regime Residenziale e Semiresidenziale, e successivamente con la U.S.L. RM B.

L'Associazione attualmente gestisce un Centro di Riabilitazione, sul territorio dell'Azienda ASL Roma 2.



Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Il Centro, che occupa un'area di circa 5000 mq di cui 3500 mq destinati ad area verde, si trova all'interno del territorio di competenza della ASL RM2 che ha un'estensione di Kmq 236,2 – ed una popolazione di 1.299.016 (dati anagrafe comune di Roma al 31/12/2015).

Il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole è accreditato dalla Regione Lazio con Decreto U00216 del 27/06/2014 e regolamentato dalla D.G.R. 380/10 e D.G.R. 790/16 che prevede la compartecipazione alla spesa della quota sociale da parte dell'utente e/o del Comune di residenza. È accreditato per il trattamento riabilitativo di mantenimento e ospita 51 Assistiti di cui 21 in regime residenziale (esclusivamente di sesso maschile) e 30 in regime semiresidenziale (di ambo i sessi). I destinatari delle prestazioni sono le persone affette da Ritardo Mentale a partire dai diciotto anni e con invalidità riconosciuta.

Il Centro offre una modalità di intervento medico, riabilitativo, infermieristico che si svolge rivolto agli utenti in regime residenziale nell'arco delle 24h e agli utenti in regime semiresidenziale. Le attività ed i servizi dei semiresidenziali vengono erogati dal lunedì al sabato dalle h. 8.45 alle h. 14.45.

Per entrambe le tipologie assistenziali sono previsti i seguenti servizi:

- Servizio Medico:
 - Direzione Medica
 - Consulenza Specialistica (Psicologia clinica, Neurologia, Psichiatria)
- Servizio Infermieristico
- Servizio Psicologico (Terapia individuale, terapia di gruppo, counseling con la famiglia)
- Servizio Riabilitativo:
 - Intervento fisioterapico
 - Intervento logopedico
 - Intervento cognitivo
 - Intervento educativo
 - Intervento occupazionale
 - Attività espressive
- Servizio Assistenziale:
 - O.S.S. (Operatori Socio Sanitari)

Nell'ambito del programma riabilitativo globale i singoli interventi sono curati dalle diverse figure professionali e gestiti attraverso forme di programmazione e collaborazione interdisciplinare.

Lo staff di specialisti (medico psicologo clinico, neurologo, psichiatra, psicoterapeuta, infermieri, psicologo, operatori della riabilitazione), a partire dagli esiti di un'accurata valutazione funzionale, elabora ed attua il programma d'intervento definito per ogni utente secondo le competenze e le diverse esigenze (Progetto Riabilitativo Individuale - PRI).

Le attività riabilitative previste dal progetto comprendono inoltre laboratori di cinema, di giardinaggio e bricolage, laboratorio di teatro, laboratorio di piccolo artigianato e di pittura, uscite culturali.

Il Centro di Riabilitazione offre la possibilità di effettuare attività in strutture esterne garantendone il trasporto. Essendo la riabilitazione un percorso terapeutico ed educativo che tende ad abilitare, a stimolare, a mantenere le capacità e le potenzialità esistenti nella persona disabile, campo per noi prioritario è quello di cercare le strategie, le tecniche, i metodi necessari, efficaci e integrati per meglio raggiungere i nostri obiettivi. La qualità umana, culturale e professionale delle risorse umane impiegate è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di qualità prefissati. A tal fine l'Associazione si impegna a promuovere in modo continuativo

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

adeguate iniziative di incontro e scambio tra le varie professionalità e a stimolare la motivazione, il coinvolgimento e la collaborazione di tutte le persone che operano nell'ambito del centro.

Gli obiettivi di qualità verso i quali orientiamo il lavoro sono quelli di:

- Sviluppare, abilitare e potenziare le possibilità concrete di ogni persona disabile valorizzandone le differenti abilità.
- Aumentare o conservare il più a lungo possibile il grado di autonomia, indipendenza e autodeterminazione possibile in ciascuno.
- Favorire l'instaurarsi di un rapporto equilibrato con il mondo circostante orientato al raggiungimento del benessere individuale e collettivo.
- Costruire con le persone disabili, le famiglie e il territorio percorsi partecipanti tendenti a favorire la crescita e lo sviluppo integrale della persona e il mantenimento delle capacità residue degli assistiti.
- Il tutto in regime di prestazioni accreditate dal S.S.R.

Il Centro garantisce il diritto al rispetto della dignità personale degli utenti, la riservatezza, come da Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy, l'identificazione del personale dedicato ai pazienti e un trattamento personalizzato. Viene adottata una carta dei diritti e doveri del paziente.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

Associazione Raggio di Sole Onlus			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA 2	
Posti letto residenziali	21	Eventuali divisioni (es-RSA, Hospice, ecc.)	Non applicabile
			Non applicabile
			Non applicabile
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza per l'area residenziale	7604 (di cui 104 assenze)	Prestazioni/ accessi semiresidenziali	7674 (di cui 288 assenze)

1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) attivo presso il Centro Raggio di Sole (RdS), è stato costituito il 15/04/2019 e modificato in data 03/06/2020, da allora opera nell'ambito del Gruppo Aziendale della Qualità attraverso i Referenti. 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.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

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.

Sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti gli ambienti e non e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per tutti gli operatori addetti all'assistenza diretta.

È stata redatta nel corso del 2021 la PO 24 Procedura sull'antibiotico resistenza Ed.1 rev.0 del 10.12.2021

Attualmente non è formalizzato un programma di *antimicrobial stewardship* per l'uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di Medicina Generale degli utenti residenti.

E' previsto un report periodico sul consumo degli antibiotici nella struttura da parte del Direttore Sanitario (Mod.87 Monitoraggio consumo antibiotici) del 22.12.2021.

Composizione del CCICA

- 1) I Referenti della Qualità per le specifiche aree
- 2) Direttore Sanitario e Risk Manager (Presidente)
- 3) Coordinatore degli infermieri
- 4) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA
- 5) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle COVID-19
- 6) Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza.

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

Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA

Sono costituite dal CCICA e si possono avvalere, all'occorrenza, della collaborazione del personale medico, infermieristico, del Responsabile del Servizio di Prevenzione, del Medico Competente ed eventuali altre figure e professionalità ritenute necessarie.

AZIONI CONTENIMENTO EPIDEMIA DA SARS-CoV-2

Durante l'emergenza COVID-19, il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole da marzo 2020, emana ed aggiorna periodicamente un Protocollo operativo interno per la gestione dell'emergenza COVID-19; a tale Protocollo generale si riconnettono poi specifiche Istruzioni operative settoriali, 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 tutte 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.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

del virus SARS-CoV-2.

2. RELAZIONE CONSULTIVA 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'équipe 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.

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 consultiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2021 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 2021, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

Detta relazione consultiva, 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.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2021

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	3 (50%)	1 (33%)	Strutturali 1 (16%) Tecnologici 0 (%) Organizzativi 0 (%)	Strutturali 0 (%) Tecnologiche 0 (%)	Sistemi di reporting e cartelle cliniche degli utenti (100%)
Eventi Avversi	3 (50%)	3 (100%)	Procedure/ Comunicazione 1 (16%)	Organizzative 0 (%) Procedure/ Comunicazione 1 (16%)	
Eventi Sentinella	0 (%)	0 (%)	Fattori legati al paziente (pazienti in particolari condizioni cliniche di fragilità) 6 (100%)	Utilizzo di presidi 1 (16%)	

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2021 si sono verificati:

- 3 eventi avversi (3 cadute accidentali come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 27.01.2021; 04.06.2021; 08.10.2021);
- 3 near miss (una caduta accidentale come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 08.05.2021; ostruzione di vie aeree come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 15.07.2021; un evento di aggressione come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 25.07.2021).

Tra i principali fattori causali/contribuenti degli eventi esaminati, si rileva: lo stato di fragilità dei pazienti responsabile dell'accadimento di tutti gli eventi, un solo fattore legato alla comunicazione (barriere linguistiche culturali) e un solo fattore legato all'ambiente/struttura.

Definizione Eventi¹:

- **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.

¹ * Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

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

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
Totale	0	0	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia
2020	01/01/2021	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2021	01/01/2022	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2022	01/01/2023	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E PAICA PRECEDENTI

Nel PARM e nel PAICA 2021 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio, la gestione del rischio infettivo e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche.

Nella tabella seguente n° 5 si dettaglia per ciascuna attività proposta il livello di raggiungimento alla data del 31.12.2021.

Tabella 5 a –Resoconto delle attività del PARM precedente

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico.	Sì	Effettuato incontro formativo per il personale sul Rischio clinico come da verbale del 02.12.2021
Attività 2: Effettuare incontri / campagna informativa con i familiari finalizzati alla prevenzione dei rischi.	Sì	Effettuate due campagne informative ai familiari. Invio tramite e-mail della nota R.L. n. U0359214 del 21.04.201 “Giornata mondiale per l’igiene delle mani - 5 maggio 2021” con allegata brochure

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

		informativa sull'igiene delle mani e pubblicazione della stessa sul sito istituzionale della struttura. Invio tramite e-mail dell'Informativa Covid-19 prot.435/DM del 06.12.2021
Attività 3: Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla revisione e/o aggiornamento del protocollo e delle istruzioni per contrastare il Rischio da Covid-19 – Infezione da SARS CoV-2" rivolto al personale.	Sì	Effettuati 7 incontri formativi per il personale come da verbali di riunione Formazione interna del: 31/05/21; 01/06/21; 10/06/21; 01/07/21; 02/07/21; 05/07/21; 07/09/21.
Attività 4: Aggiornamento e implementazione della procedura per la gestione del rischio e relativa valutazione del rischio attraverso il metodo FMEA, in riferimento a tutti i settori dell'organizzazione.	Sì	È stata emessa, approvata e diffusa la PO 23 "Procedura per la gestione del Rischio" rev.0 del 02/12/2021 e relativa modulistica

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	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di sicurezza delle cure al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi - stesura procedura e relativa check list	Sì	È stata emessa, approvata e diffusa la PO 22 "Procedura sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA" rev.0 dl 15/01/21 e relativa check-list
Attività 2: Progettazione, esecuzione del corso rivolto al personale sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA e formazione sul campo sull'utilizzo della relativa	Sì	Effettuato incontro formativo per il personale sul corretto utilizzo della modulistica relativa alla gestione dei farmaci LASA come da verbale del 10/02/2021

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

modulistica (check list di autovalutazione, codici alert, registro farmaci LASA)		
Attività 3: Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali	Sì	Effettuato un audit clinico a seguito della caduta di un utente come da verbale del 08/05/2021

Obiettivo C - Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali	Sì	Aggiornati i seguenti documenti per la gestione emergenza Covid-19: PO 15 Rev. 6 del 21/5/21, Rev. 7 del 25/5/21, Rev. 8 del 22/7/21 PO 18 Rev. 1 del 21/5/21, Rev. 2 del 25/6/21, Rev. 3 del 22/7/21 IO 8 Rev. 3 del 25/6/21, Rev. 4 del 22/7/21- IO 9 Rev. 1 del 22/7/21 IO 10 Rev. 0 del 16/10/21; Rev. 2 del 21/5/21; Rev. 3 del 25/6/21; Rev. 4 del 22/7/21 IO 11 Rev. 0 del 16/10/21 Indicazioni durata e termine isolamento e quarantena COVID-19

Obiettivo D - Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2: Condivisione dei documenti su Cloud regionale (es. recepimento Raccomandazioni Ministeriali)	Sì	Sono stati pubblicati sul cloud regionale i seguenti documenti: PO 02 <i>Procedura per la prevenzione del rischio suicidario</i> Rev.0 del 08/02/19 PO 03 <i>Procedura per la prevenzione delle cadute dei pazienti</i> Rev.1 del 19/04/19 PO 04 <i>Procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori</i> Rev.1 del 18/11/21

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

	<p>PO 05 <i>Procedura gestione farmaci</i> Rev. 2 del 13/09/21</p> <p>PO 09 <i>Procedura per la gestione del sistema di Incident Reporting e degli Eventi Avversi/Near Miss/Eventi Sentinella</i> Rev.4 del 02/11/21</p> <p>PO 15 <i>Protocollo operativo per COVID-19</i> Rev.8 22/07/21</p> <p>PO 18 <i>Protocollo Operativo PIANO TERRITORIALE - GIUGNO 2021-EMERGENZA COVID-19</i> Rev.3 del 22/07/21</p> <p>PO 20 <i>Procedura gestione ICA</i> Rev.0 del 03/12/20</p> <p>PO 22 <i>Procedura gestione farmaci LASA</i> Rev.0 del 15/01/21</p> <p>PO 23 <i>Procedura gestione del rischio</i> Rev. 0 del 02/12/21</p> <p>PO 24 <i>Procedura antibiotico resistenza</i> Rev.0 del 10/12/21</p> <p>IO 01 <i>Lavaggio delle mani</i> Rev. 1 del 3/12/20</p> <p>IO 08 <i>Protocollo Ingressi - COVID-19</i> Rev.4 del 22/07/21</p> <p>IO 09 <i>Insorgenza di un cluster infettivo - COVID-19</i> Rev. 1 del 22/07/21</p> <p>IO 10 <i>Modalità di Accesso/Uscita di Utenti e Visitatori - COVID-19</i> Rev. 4 del 22/07/21</p> <p>IO 11 <i>Indicazioni durata e termine isolamento e quarantena COVID-19</i> Rev. 0 del 16/10/21</p> <p>IO 12 <i>Controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi</i> Rev.0 del 03/12/20</p>
--	--

Tabella 5 b –Resoconto delle attività del PAICA precedente

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo tipico delle comunità		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato al Monitoraggio e prevenzione delle ICA	Sì	Effettuati due incontri formativi per il personale sul Monitoraggio e prevenzione delle ICA come da verbali del 18/10/21 e del 19/10/21
Attività 2: Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla	Sì	Effettuati 3 incontri formativi per il personale sul corretto uso degli antibiotici e relativa modulistica

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della relativa modulistica		da compilare come da verbali del 18/10/21; 19/10/21 e 02/12/21
Attività 3: 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	Sì	Effettuati 2 incontri formativi per il personale sul controllo delle CRE e relativa modulistica come da verbali del 18/10/21 e del 19/10/21
Attività 4: Implementazione della campagna di informazione ai familiari sulle vaccinazioni anti SARS- CoV-2 per gli utenti	Sì	Campagna informativa ai familiari sulle vaccinazioni a mezzo e-mail: comunicazioni del 14/04/21 1° dose + informativa e del 28/10/10/21 3° dose) - Informativa COVID-19 prot. 435/DM del 06/12/21
Attività 5: Corsi di formazione e iniziative educative sulla prevenzione e controllo del COVID-19	Sì	Effettuati 9 incontri formativi come da verbali di riunione Formazione interna del: 3/5/21; 4/5/21; 10/5/21; 10/6/21; 22/10/21; 7/9/21; 9/9/21; 16/9/21; 14/9/21

Obiettivo B - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CPE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Definizione/ implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert" – stesura procedura	Sì	È stata emessa, approvata e diffusa la "Procedura sull'antibiotico resistenza" – PO 24 Rev. 0 del 10/12/21
Attività 2: Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali	Sì	Aggiornati i seguenti documenti: PO 15 Rev. 6 del 21/5/21, Rev. 7 del 25/5/21, Rev. 8 del 22/7/21 PO18 Rev. 1 del 21/5/21, Rev. 2 del 25/6/21, Rev. 3 del 22/7/21 IO 8 Rev. 3 del 25/6/21, Rev. 4 del 22/7/21 IO 9 Rev. 1 del 22/7/21 IO 10 Rev. 2 del 21/5/21, Rev. 3 del 25/6/21, Rev. 4 del 22/7/21

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

<p>Attività 3: Continuo monitoraggio attraverso: check list di controllo ICA - sezione 1- sull'appropriatezza dell'utilizzo dei DPI e della sanificazione degli ambienti e delle attrezzature; compilazione Modulo Monitoraggio consumo prodotti entro il 31/12/2021</p>	<p>Sì</p>	<p>Compilazione della "Check list controllo rischio ICA" Mod. 87 tris del 13/07/21 e 22/12/2021 compilazione modulo "Check list autocontrollo" Mod. 87 bis di agosto e dicembre 2021. Dalla compilazione del modulo Monitoraggio consumi prodotti Mod. 87 bis relativo all'anno 2021 si evince il consumo di 6 lt di alcool e 12 lt di gel idroalcolico; 24458 unità di DPI e 217 lt di prodotti sanificanti. Compilazione della "Check list/audit di controllo COVID 19" Mod. 97 del 13/07/21</p>
<p>Attività 4: Implementazione e consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici e relativi eventuali costi sostenuti dalla struttura</p>	<p>Sì</p>	<p>Compilazione modulo "Monitoraggio consumo antibiotici" Mod.87 del 22/12/21. I costi per gli antibiotici somministrati agli utenti non sono a carico della struttura in quanto vengono prescritti dal medico di medicina generale su richiesta della struttura. La struttura nel 2021 non ha sostenuto costi per l'acquisto di antibiotici.</p>
<p>Attività 5: Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità</p>	<p>Sì</p>	<p>Compilazione semestrale di: "Check list controllo rischio ICA" Mod. 87 tris e "Report su monitoraggio ICA e infezioni invasive da CPE" (del 13/07/21 e 22/12/2021). Nel corso del 2021 sono state rilevate 5 infezioni del tratto urinario, 1 infezione del cavo orale, 1 infezione polmonare e 1 infezione della cute per ferita da taglio, tutte risolte con esito positivo.</p>
<p>Attività 6: Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE</p>	<p>Sì</p>	<p>Report su monitoraggio ICA e infezioni invasive da CPE" del 13/07/21 e 22/12/2021, nessuna infezione invasiva da CPE riscontrata. Non sono stati effettuati tamponi per sorveglianza attiva perché non si sono mai verificate infezioni da CRE.</p>
<p>Attività 7: Definizione/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</p>	<p>Sì</p>	<p>Nel corso del 2021 non si sono verificate infezioni da CRE sul totale dei residenti</p>

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Direttore Sanitario/Risk Manager/Presidente del CCICA: ha sia responsabilità igienico-sanitarie che quelle relative alla gestione del rischio della struttura. Redige e monitora l'implementazione del PARS, della parte del Piano specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico);
- Direttore del Centro: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Presidente/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS 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 del Centro	Presidente	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2022

6.1 OBIETTIVI

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio sanitario.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Il PARS del 2022 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2021 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 anche in relazione al rischio infettivo;
- 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) 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;
- d) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle Ica incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

6.2 ATTIVITÀ

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 2022.

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure				
ATTIVITÀ 1	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2022				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	I	R	I

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 2

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure				
ATTIVITÀ 2	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2022				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 8 – Obiettivo B – Attività 1

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	Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali				
INDICATORE	Almeno 1 aggiornamento nel corso dell'anno				
STANDARD	n. di aggiornamenti/revisioni/implementazioni di protocolli /istruzioni / modulistica nell'anno 2022				
FONTE	Direttore Sanitario e referenti della qualità.				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP	
Redazione	R	C	C	C	
Approvazione	R	C	C	C	
Diffusione	R	C	C	C	

Tabella 9 – Obiettivo B – Attività 2

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 2	Progettazione, esecuzione del corso rivolto al personale sulla gestione degli eventi avversi /sentinella /near miss e modalità di segnalazione secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"				

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

INDICATORE	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale entro la fine del mese di marzo 2022				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 3

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 3	Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali.				
INDICATORE	Realizzazione di attività di auditing clinici/organizzativi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31/12/2022				
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella, eventi avversi, near miss sia a seguito di segnalazioni spontanee interne o esterne.				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RM	RSQ	Responsabili Settore	
Programmazione	C	R	I	C	
Esecuzione	C	R	I	C	

Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 4

OBIETTIVO B	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi				
ATTIVITÀ 4	Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari"				
INDICATORE	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale entro il 31/12/2022				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Risk Manager				

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

In allegato il Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse

Tabella 12 – Obiettivo C – Attività 1

OBIETTIVO C	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 1	Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti				
INDICATORE	N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1 rivolto al personale entro il 31.12.2022				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Direttore sanitario				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	R	R	C	C	I
Approvazione	R	R	I	C	I
Esecuzione	R	I	C	C	I

Tabella 13 – Obiettivo C – Attività 2

OBIETTIVO C	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
--------------------	--

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

ATTIVITÀ 2	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 eventualmente mini-gel idroalcolici omaggio			
INDICATORE	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05/05/2022			
STANDARD	Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05/05/2022			
FONTE	Direttore sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 14 – Obiettivo C – Attività 3

OBIETTIVO C	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 3	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			
INDICATORE	N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale nel 2022 e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato			
STANDARD	almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello avanzato			
FONTE	Direttore sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 15 – Obiettivo C – Attività 4

OBIETTIVO C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento
--------------------	--

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

	regionale e delle specificità locali, individuando 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	Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali			
INDICATORE	N° di questionari con esito negativo / tot questionari ≤ 3%			
STANDARD	Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 16 – Obiettivo D – Attività 1

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 1	Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità			
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2022 2. Compilazione della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni- effettuata entro settembre 2022 			
STANDARD	Almeno un report			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 2

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 2	Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE			
INDICATORE	n. infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno			
STANDARD	< 5 %			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 3

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 3	Implementazione e consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici			
INDICATORE	1. Redazione Report entro il 31/12/2022 2. compilazione Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici entro il 31/12/2022			
STANDARD	Almeno 1 report annuo contenente i dati sopracitati			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Redazione	C	C	R	I
Approvazione	C	C	R	I
Diffusione	R	C	C	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito dell'Associazione "Raggio di Sole ONLUS" (www.raggiodisoleonlus.it) sulla *home page* (o presenza di un *link* che rimandi direttamente al documento) e ne viene data comunicazione, tramite avviso affisso in bacheca, al personale della struttura.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Entro il 28 febbraio 2022 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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)"
- 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
- 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".
- Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato"
- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: 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: Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza
- 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.
- Decreto del 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.
- DCA n° 490 del 21 ottobre 2016 Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- Determina n. G12356 del 25 ottobre 2016 Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (pubblicazione online 15/12/2016).
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016
- LEGGE 8 marzo 2019, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto del Commissario ad acta n.U00469 del 07/11/2017 - Modifica al DCA 410/2019 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DC A 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

9. BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in Sanità - Il problema degli errori*. Decreto Ministeriale 5 marzo 2003
- 2) Ministero della Salute, Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
- 3) WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 Save Surgery Save Live
- 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:
- 7) Vincent C, *La Sicurezza del Paziente* Springer-Verlag Italia 2011 2^a Edizione
- 8) *Apprendere dagli Errori* Il Pensiero Scientifico Editore.
- 9) B. Andersen, T. Fagerhaug, Root cause analysis. Simplified tools and techniques, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
- 10) IOM (Institute Of Medicine of the National academies), *To err is human. Building a safer health system*, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, WashingtonD.C. 2000.
- 11) Reason, Human error. Models and management, «*BMJ. British medical journal*», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
- 12) C. Vincent. *Clinica! risk management. Enhancing patient safety*, ed., London 2012.
- 13) S.A. Nashef, What is a near miss?, «*The lancet*», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
- 14) G.R. Baker, Harvard medical practice study, «*Quality and safety in health care*», 2004, 13, 2, pp. 151-52.
- 15) M. Geddes Da Filicaia, *Guida all 'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione*, Roma 2008.