



NCL

Neurological Centre of Latium
Istituto di Neuroscienze

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2022 PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica	
00	25/02/2022	Aggiornamento Ltee guida della Regione Lazio	
Redazione D.SAN/RM		Verifica DSAN/AD	Approvazione RM/AD
Dottor. Eleuterio D'ambrosio		Dottor. Eleuterio D'ambrosio Avv. Paola Belfiore	Dottor. Eleuterio D'ambrosio Avv. Paola Belfiore
.....	

Sommario

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	5
3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	6
4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	7
4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM DELL'ANNO PRECEDENTE	7
4.2 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PAICA DELL'ANNO PRECEDENTE.....	8
4.2.1 Come da notifica della ASL N°0884520 del 15/10/20.....	9
5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	11
6 OBIETTIVI	12
6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2022.....	12
7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	14
IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	14
7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO	14
8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	16
9 RIFERIMENTI NORMATIVI	16
10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	17

Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2021 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.

Dove nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e della speranza nel corso della esperienza pandemica SARS.CoV-2, il contenuto di PARM (Piano annuale Risk management) e PAICA (Piano annuale delle infezioni ospedaliere), viene unificato nel presente documento, 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;

1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica alla Casa di Cura -Neurological Centre of Latium – Istituto di Neuroscienze, in breve e di seguito NCL.

A seguito della riconversione avvenuta il 1/01/2021, le attività sono così distribuite:

- **ACUTI** NCH e NRL

-**AMBULATORIALE** APA, diagnostica per immagini e visite neurologiche

-**RSA**

Il reparto di riabilitazione cod. 56 è stato completamente ridistribuito e riconvertito.

La Casa di Cura NCL agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Casa di Cura NCL dispone di n. **62** posti letto autorizzati, di cui **34** accreditati e contrattualizzati con il SSN per gli acuti. E **20** posti letti accreditati di RSA (R2). I posti letto sono distribuiti in camere singole, doppie, triple o quaduple.

DATI STRUTTURALI

Strutture	1.	Casa di Cura NCL
Mq. Complessivi	Mq 10.320	

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE¹

Risorse umane al 31/12/2021	N° 48	Ruolo sanitario: 40 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 8	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
ACUTI			
NEUROLOGIA (cod.32)	P.L.ORD.14	SSN	/
NEUROCHIRURGIA (cod.30)	P.L.ORD. 16	SSN	/
TERAPIA INTENSIVA	P.L.ORD. 4 (di cui 1 isolamento)	SSN	/
SALA OP.	1 BLOCCO 2 SALE	SSN	PRIVATO/ASS.
CHIR.GEN (0902)	6	/	PRIVATO/ASS.
MED.GENER. (2602)	2	/	PRIVATO/ASS.
RSA			
RSA (R2)	P.R. 20	SSN	/
AMBULATORIALE			
ANAL.CLINICHE	1	/	PRIVATO/ASS.
RADIOLOGIA TRAD	1	SSN	PRIVATO/ASS.
RISONANZA M.N.	1	SSN	PRIVATO/ASS.

¹ DCA di accreditamento delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013 Regione Lazio

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2021 _ NCL			
SETTING	PRESTAZIONI		PRESTAZIONI
DIMESSI NCH	305 R.O.	DIA IMM INT (RX+RMN)	762
DIMESSI NEUR.	205 R.O.	ANALISI CLINICHE DI LAB	1448
DIMESSI T.I.	21		

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2021 _ NCL			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
VISITE SPECIALISTICHE NEUROLOGIA	37	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI EST	448
APA	57	RM	6814

RSA			
DATI ATTIVITA' ANNO 2021 _ NCL			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
GIORNATE ASSISTENZA RSA	6.086	UTENTI RSA	216

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa² e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

² Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2021 sono stati: **n.2**

tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte el dato
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (20%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Strutturali (10%) Organizzative (60%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	2 (100%)	(100%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2021

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2017	2	4	€ 80.056
2018	1	0	/
2019	4	1	€ 200.000
2020	6	3	€ 359.722
2021	2	3	€ 325.231
Totale	15	11	€ 965,009

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

3 Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2014	Polizza Convenzione N° 2013RCG00023- 563773	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 156.056,12	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2015	Polizza Convenzione N° 2015RCG00076- 640132	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 163.854,72	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2016	Polizza Convenzione N° 2015RCG00076- 640132	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 158.490,05	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2017 ad oggi	IN AUTOASSICURAZIONE					

4 Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione del PARS 2022 vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nel PARM e PAICA del 2022

Gli obiettivi del 2020 e 2021 hanno subito delle modifiche a causa dell'emergenza Sars Cov2.

4.1 Resoconto delle attività del PARM dell'anno precedente

OBBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico e Qualità " condivisione materiale nell'intranet aziendale

Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO I corsi in presenza, causa emergenza covid-19, sono stati sospesi anche per il 2021. Corsi in FAD in ambito rischio Covid.19 Tutti i corsi in ambito rischio clinico e qualità prefissati per il 2022.

OBBIETTIVO 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) Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC; verifica a campione nelle cartelle di ricovero nei reparti di degenza della presenza della scheda prevista in procedura

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare l'80 % del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la presenza della checklist,	SI	CONCLUSO Le cartelle in fase di controllo di chiusura vengono verificate e risultano tutte provviste di Checklist

attività (3) promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attraverso audit interni

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione di audit/RCA entro il 31/12/2021 con sezione specifica Covid 19	SI	CONCLUSO Sono stati eseguiti tutti gli audit di monitoraggio della qualità, e per verificare l'applicabilità delle disposizioni per l'emergenza COVID -19.

attività (4) Monitoraggio e valutazione percepita dagli utenti, esaminare i questionari di gradimento

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno 4 report trimestrali per la valutazione della qualità della struttura	SÌ	CONCLUSO Per ogni trimestre sono stati realizzati report sui questionari di gradimento sia

		per il servizio di ricovero che ambulatoriale RSA la distribuzione non è avvenuta
OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura		
Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per il contrasto alla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza		
INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	ISI	CONCLUSO

4.2 Resoconto delle attività del PAICA dell'anno precedente

Di seguito gli obiettivi definiti del PAICA 2021 e nella nota ASL N°0884520 del 15/10/20.

OBIETTIVO A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	SI	CONCLUSO
Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
40% del personale sanitario formato	SI	CONCLUSO
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 (1) Definizione di un modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
n. segnalazioni alla direzione sanitaria di isolamento pp.zz. CPE positivi / 100 gg degenz	SI	CONCLUSO

Attività (2) Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (Infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da <i>Clostridium difficile</i> , infezioni polmonari associate a ventilatore)		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
esisto compreso nel più o meno 10% rispetto al valore precedente	Si	CONCLUSO
Attività (3) Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1.		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Procedure rischio infettivo	SI	CONCLUSO

4.2.1 Come da notifica della ASL N°0884520 del 15/10/20

NB: Le attività A2 e B2 delle **LINEE GUIDA, PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA(PAICA) di gennaio 2019**, sono implementate nelle attività A2 e dell'obiettivo D nella nota ASL del 15/10/20.

OBIETTIVO A Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)		
Attività (1) Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftidime-avibactam (Zavicefta) a partenza dal laboratorio di microbiologia di riferimento		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Testare la resistenza all' antibiotico Zavicefta	SI	CONCLUSO
Attività (2) Definizione di un modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE E CPE		
NB: implementazione del punto B2 delle linee guida per le CPE		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
40% del personale sanitario formato	SI	CONCLUSO
Attività (3) Identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno dei CC-ICA che sia responsabile dell'implementazioni e del mantenimento di un sistema interno di sorveglianza		

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
individuazione un referente per la sorveglianza	Si	CONCLUSO
Attività (2 Elaborazione di report semestrali relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE)		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
report ogni sei mesi	Si	CONCLUSO

B Programma di buon uso degli antibiotici
Buon uso degli antibiotici

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
ddd/ 100 gg di degenza	Si	CONCLUSO

C Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/ discipline).
Igiene e sanificazione

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
litri1.000 giornate di degenza ordinaria,	SI	CONCLUSO

D Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni ed esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture e della rete delle malattie infettive regionali.

NB Con implementazione del punto A2 delle linee guida "Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA"

Igiene e sanificazione

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
------------	---------------------	---------------------

team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA	Si	CONCLUSO
---	----	-----------------

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- 1. Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- 2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
- 3. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano 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 impegnano 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	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari generali e legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	C	I
Redazione punto A7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato

6 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio) sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2022.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. 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
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1 Le Attività per il 2022

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ (1)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico"			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2022	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I
ATTIVITÀ 2)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno il 60 % del personale sanitario al corso " Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 40% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2022	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I

Esecuzione del corso	C	R	I
----------------------	---	---	---

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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza
Indicatore: verifica dell'utilizzo della check list di sicurezza operatoria
Standard: su campione di 15 Cartelle controllo delle 15 checklist – 100% conformi
Fonte: DSAN **Scadenza:** 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

ATTIVITA' (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture

Indicatore: Conseguitamento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015
Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-
Fonte: DSAN **Scadenza:** 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	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

ATTIVITA' 5
Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza degli operatori e i pazienti (rivedi il nome delle accomodazioni)
Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo
Standard: formato pieghevole
Fonte: RSQ-Marketing-DSAN **Scadenza:** 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RMDSAN	RGQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

7 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

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

7.1 Le attività rischio infettivo

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA			
Indicatore un corso di formazione Pper I prevenzione e il monitoraggio delle ICA			
Standard: 70% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2022
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AREA FROMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici			
Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti			
Standard: 70% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2022
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AREA FROMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R

Esecuzione del corso	I	I	R
----------------------	---	---	---

OBIETTIVO B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL

Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E

Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/23

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

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

ATTIVITÀ (4)- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva

Standard: Rilevazione mensile dei dati

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

Scadenza: 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	CCICA	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I

ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza

Standard: 70% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

Scadenza: 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet di NCL
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
5. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
6. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
7. D.P.R. 14/01/97 "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"
8. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
9. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
10. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."

11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
14. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
15. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
16. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
17. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
18. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
19. 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
20. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
21. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
22. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità 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 reperibili sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";