



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
PARS 2022

Attività di RISK MANAGEMENT a cura di DAHLIA Srl

Professionista nominato: dott. Giuseppe CENNAME

1. INTRODUZIONE

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi. Il Risk Management s'interessa quindi della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza spaziando da un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già 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 tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a incorporare 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 ma anche sulla tutela del paziente.

La Legge Gelli, 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 ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio era precedentemente considerato, per le strutture sanitarie operanti nella Regione Lazio, il PARM, ossia il Piano Annuale di Risk Management, che consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli. Questo strumento ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, presenti nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità, che sono:

- a. individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- b. elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- c. promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- d. promuovere la segnalazione dei near miss;
- e. 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;
- f. monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;

- g. 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;
- h. definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- i. favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio ha prima inteso promuovere, mediante l'emanazione delle Linee Guida di Indirizzo (dapprima con la determinazione n. G04112 dell'1.4.2014 quindi con la successiva n. G12355 del 25.10.2016), pur tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna azienda, la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico. Lo scopo del Piano Annuale di Risk Management (PARM) era quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico. La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PARM, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

La stessa Regione Lazio, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, ha rivisto il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico **Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)** con l'obiettivo di:

- a. favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- b. sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- c. 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);
- d. allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- e. 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.

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Sono tenute all'elaborazione del PARS anche tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie, tra cui le **Case di Cura (A0)**. In tal senso, il presente Piano annuale viene redatto ai sensi del Documento di indirizzo regionale per l'elaborazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) ed in particolare dell'Allegato A. La gestione del rischio clinico della struttura viene esercitata in conformità alle norme nazionali e regionali.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura "Santa Teresa" è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio, con la quale opera in regime di accreditamento (Accreditamento Istituzionale Definitivo, giusto Decreto Commissario ad Acta n. U00248 del 19 Giugno 2013). La struttura è composta da: area accettazione, amministrazione, direzione sanitaria e servizi, area ambulatori specialistici, blocco radiologico, blocco operatorio, camera mortuaria e cappella, area degenze, laboratorio analisi, reparto fisioterapia, reparto cucina, sala convegni, area deposito ossigeno/protossido, aree parcheggio e giardino.

Nelle **Tabelle** al seguito sono sintetizzati i dati strutturali ed i dati di attività, così come forniti dalle Direzioni Aziendale e Sanitaria.

DATI STRUTTURALI (aggiornati al 31.12.2021, forniti dalla Direzione Aziendale)			
Posti letto ordinari	20	Ortopedia	12
		DS polispecialistico	8
Posti letto diurni	NO	Servizi trasfusionali	0
Numero blocchi operatori	1	Numero sale operatorie	2
Centro Trapianti	NO	Centro Procreazione Medicalmente Assistita	NO
Hub	NO	UTIC	NO
Terapia Intensiva	NO	Terapia sub-intensiva	2
Specialistica Ambulatoriale	4	Cardiologia Radiologia Laboratorio Analisi APA	

DATI DI ATTIVITA' (aggiornati al 31.12.2021, forniti dalla Direzione Sanitaria)

Ricoveri ordinari	1034	Ricoveri diurni	NO
		Parti	NO
Accessi dai PS Regionali	200	Prestazioni ambulatoriali erogate	946
Numero branche specialistiche	4 Cardiologia Radiologia Laboratorio Analisi APA		

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Nella Tabella seguente sono sintetizzati i dati relativi all'anno 2021:

Tipo di evento	Numero (e % sugli eventi totali)	Principali fattori causali contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss *	0	\\	\\	<i>Rev. sist. Cart.Clin. Safety walkaround</i>
Adverse Event **	0	\\	\\	<i>Rev. sist. Cart.Clin. Safety walkaround</i>
Sentinel Event **	0	\\	\\	<i>Rev. sist. Cart.Clin. Safety walkaround</i>

* *Evento evitato o close call*: errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

** *Evento avverso*: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevedibili o non prevedibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un "evento avverso prevenibile".

*** *Evento sentinella*: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicato di un serio malfunzionamento del sistema, che può portare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna una indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Nella Tabella seguente sono sintetizzati i dati relativi all'anno 2021:

Anno	Sinistri aperti	Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	1	0	0
2020	2	1	€ 4.734,27
2021	0	1	€ 9.748,16
Totale	2	1	€ 14.482,43

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Allo stato, l'obbligo di copertura assicurativa è surrogato dall'**adozione di altre analoghe misure, come stabilito dalla Legge Gelli 24/2017**. La struttura, inoltre, si premura di verificare che ogni professionista che operi, a qualunque titolo, nella stessa sia in possesso di copertura assicurativa per la copertura dei rischi patrimoniali da responsabilità *med-mal*, al fine di potersi avvalere dell'eventuale azione di rivalsa. Prosegue tuttavia la ricerca di mercato con i principali Gruppi assicurativi, per verificare l'opportunità di stipula di un contratto di copertura dall'anno in corso. La gestione "diretta" dei sinistri è stata introdotta con la **Delibera Assembleare del 29 Giugno 2021**.

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DELL'ANNO PRECEDENTE

La strategia adottata per il raggiungimento degli obiettivi prefissati per l'anno 2021 è stata inevitabilmente condizionata dalla necessità di affrontare, in modo dinamico ed efficace, le criticità emergenti dal perdurare della pandemia da SARS CoV-2 (tuttora in corso) e dallo stato di emergenza sanitaria. La valutazione generale della rischiosità è stata comunque condotta, come negli anni precedenti, con una costante attività di revisione sistematica delle cartelle cliniche, sia su un campione di cartelle cliniche ancora "aperte" (ovvero con paziente ancora in condizione di ricovero) sia già "chiuso" (di cui è stata richiesta copia conforme all'originale dagli aventi diritto e relative a ricoveri avvenuti negli anni 2016-2017-2018-2019-2020-2021 (Sistema di Reporting aperto). L'analisi è stata integrata con una attività di Audit clinico, con interviste rivolte al personale medico e infermieristico delle Unità Operative (anche attraverso il metodo del Safety walkaround), con la disamina di comunicazioni interne, indirizzate dalla Direzione Sanitaria ai medici/operatori della struttura, e riguardanti alcune criticità riscontrate nell'esercizio delle funzioni. Si è provveduto ad effettuare dei Focus Group con il coinvolgimento delle diverse figure sanitarie (mediche e non) dei Reparti per affrontare specifiche problematiche inerenti la qualità di compilazione della cartella clinica, da considerare strumento per la valutazione della qualità assistenziale. Particolare attenzione è stata rivolta alla adozione delle procedure finalizzate alla prevenzione dei contagi intra-nosocomiali da SARS CoV-2 (ricependo le indicazioni delle strutture preposte della Regione), attraverso la predisposizione di una modulistica "dedicata", con il coinvolgimento orizzontale degli operatori, dei pazienti e degli accompagnatori (il cui accesso alla struttura è stato rigorosamente disciplinato).

Di seguito, è riportato lo stato di avanzamento degli obiettivi per l'anno 2021 (alcuni dei quali risultano essere ancora in via di realizzazione appunto in virtù delle criticità organizzative connesse con la pandemia in corso).

DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un "Corso base di gestione del rischio clinico"	NO CAUSA COVID	Vedi nota Regione Lazio U.0884417 del 15.10.2020

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
Coinvolgimento dei pazienti, all'ingresso della struttura sanitaria, sulle problematiche della Sicurezza e della Prevenzione correlate alla pandemia da SARS CoV-2	SI	Al momento dell'accettazione, il paziente e gli eventuali accompagnatori sono informati in merito alle indicazioni relative alla gestione del rischio di trasmissione del virus SARS CoV-2, anche attraverso la compilazione di una specifica modulistica
Coinvolgimento di tutti gli operato della struttura sanitaria sulle problematiche della Sicurezza e della Prevenzione correlate alla pandemia da SARS CoV-2	SI	Le varie funzioni aziendali vengono coinvolte in fase di adozione di nuovi processi attraverso team clinici e riunioni interne
Revisione della procedura per la manipolazione e la gestione dei farmaci	IN CORSO	In fase di elaborazione
Revisione della procedura per la prevenzione delle lesioni cutanee da pressione	IN CORSO	In fase di elaborazione

PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione del Risk Manager o di un suo delegato alle riunioni ed alle attività del Tavolo Permanente C.R.R.C. della Regione Lazio	SI	Il Risk Manager provvede a mantenere un costante aggiornamento in relazione a quanto discusso nel Tavolo Permanente ed alle circolari regionali emanate, partecipandone i contenuti alla Direzione Aziendale

DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione del monitoraggio sulla diffusione dell'infezione da SARS CoV-2 tra i pazienti ricoverati	SI	Effettuata una attività di revisione sistematica delle cartelle cliniche finalizzata alla verifica della corretta applicazione della procedura di prevenzione del contagio tra i pazienti ricoverati.
Progettazione ed esecuzione di un Corso di informazione / formazione degli operatori sanitari sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Effettuati incontri con gli operatori sanitari, incentrati prevalentemente sulla criticità inerente la circolazione del virus SARS CoV-2 in ambito nosocomiale e sui presidi necessari per abbatterne il rischio di contagio.

MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI EVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Definizione / implementazione / consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale / coprocultura) delle colonizzazioni / infezioni da CPE	IN CORSO	Procedura in corso di elaborazione/aggiornamento
Definizione / implementazione / consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni / infezioni da CPE	IN CORSO	Procedura in corso di elaborazione/aggiornamento
Definizione / implementazione / consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi <i>allert</i>	IN CORSO	Procedura in corso di elaborazione/aggiornamento

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce almeno sempre tre specifiche responsabilità:

- a. il Risk Manager, che lo redige ed è coinvolto nel monitoraggio;
- b. il Direttore Sanitario, che è, tra l'altro, responsabile delle attività del C.I.O. e del monitoraggio;
- c. la Direzione Strategica/Aziendale, che adotta il PARS e si impegna a fornire al Risk Manager le direttive e le risorse di budget necessarie alle attività in esso previste.

La matrice delle responsabilità, presso la nostra struttura sanitaria, è pertanto la seguente:

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direzione Strategica / Aziendale
Redazione PARS	R	C	I
Adozione PARS	I	C	I
Monitoraggio PARS	C	R	I

R: responsabile; C: Coinvolto; I: interessato.

Nella specifica realtà della Clinica "Santa Teresa", il Risk manager si avvale di un Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (Gruppo Ristretto), costituito dai principali stakeholder interni all'azienda tra cui il Direttore Sanitario ed il Direttore Generale.

8. OBIETTIVI E ATTIVITA'

Nel presente documento, in continuità con quanto definito nel PARM 2021, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori. Tali obiettivi mirano a creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno. Pertanto viene percepita dalla Clinica la necessità di migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema e promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo ad interventi mirati al contenimento dei sinistri.

Dunque è necessario facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti 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 e monitoraggio

e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

In ragione di quanto espresso dalle linee guida regionali ed in assoluta coerenza con la Mission aziendale sono identificati per l'anno 2022 i seguenti obiettivi strategici.

Obiettivi ex PARM

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;	Progettazione del corso (Risk Manager) Organizzazione ed esecuzione del corso (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici;	Progettazione del corso (Risk Manager) Organizzazione ed esecuzione del corso (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022

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	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Revisione della check-list "caduta"	Revisione della check list (Risk Manager) Adozione della check List (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 01.07.2022
Revisione della check-list "chirurgica"	Revisione della check list (Risk Manager) Adozione della check List (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 01.07.2022
Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell'Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.	Effettuazione della SWR (Risk Manager) Programmazione delle SWR (Direttore Sanitario)	Effettuazione di almeno n. 3 SWR entro il 31.12.2022
Revisione sistematica delle cartelle cliniche "chiusa" e di cui è richiesta copia conforme dagli Averti diritto	Effettuazione (Risk Manager) Programmazione (Direttore Sanitario)	Revisione di tutte le cartelle cliniche richieste dagli Averti diritto nell'anno 2022

Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

Attività	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Strutturazione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Coordinamento delle attività (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022
Audit	Coordinamento delle attività (Direttore Sanitario)	Effettuazione di almeno n. 3 attività entro il 31.12.2022

Obiettivi ex PAICA

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.

Attività	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Riorganizzazione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)	Coordinamento delle attività (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022

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	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Analisi del Piano di Intervento Regionale ed elaborazione del Piano di Azione Locale	Effettuazione (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022

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	Matrice delle Responsabilità	Indicatore
Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria	Effettuazione (Risk Manager) Diffusione ed adozione (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022
Definizione / implementazione / consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.	Coordinamento delle attività (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022
Definizione / implementazione / consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale / coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE	Coordinamento delle attività (Direttore Sanitario)	Effettuazione dell'attività entro il 31.12.2022

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento verrà diffuso nella struttura e pubblicato sulla home page (www.clicasantateresa.it), dopo essere stato trasmesso alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Aziendale.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente documento è stato elaborato in ottemperanza alla normativa di riferimento vigente, tra cui si elenca, a titolo sintetico seppur non esaustivo:

- 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";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- 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, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "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";

- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi'";
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
- Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico i cui contenuti sono stati presentati dal CRRC ai Risk Manager delle strutture pubbliche e private del SSR il 21 dicembre 2018;
- "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" ed gennaio 2019 (approvazione ed adozione del documento recante le medesime, determinazione 164 del 11.01.2019 Direzione Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria).
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
- 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;