



**CASA DI CURA PRIVATA
SANTA TERESA
ISOLA DEL LIRI**

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
PARS 2025**

Attività di RISK MANAGEMENT a cura di DAHLIA Srl

1. PREMESSA

Il presente Piano rappresenta la programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Clinico condotta presso la **Casa di Cura “Santa Teresa”**.

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato appunto espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del *commitment* regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi. 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 sette anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si è ritenuto opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 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 Contrastto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

AI sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) nonché all'ARES 118. A questo proposito, fatto salvo quanto ulteriormente specificato ai successivi punti A) e B), si sottolinea quanto segue:

- A) Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie autorizzate: l'elaborazione del PARS (*associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste*) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza ai requisiti organizzativi generali previsti dall'Allegato C del DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. ai paragrafi *“Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni”* e *“Direzione di Struttura”*;
- B) Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate: l'elaborazione del PARS (*associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste*) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza agli specifici requisiti ulteriori previsti dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo.

Nel caso specifico, va premesso che le evidenze emerse dal monitoraggio di alcune attività continuano a documentare come sia ancora necessario insistere sugli aspetti relativi al coinvolgimento degli operatori ed alla comunicazione interna. La caratteristica della

Struttura, a prevalente vocazione chirurgica, è quella infatti di avvalersi, in alcuni casi, di professionisti che non sono vincolati da un rapporto di subordinazione e che quindi vivono la realtà della Clinica limitatamente alle occasioni di accesso per l'esecuzione di prestazioni assistenziali o interventi chirurgici. Ciò spiega, in parte, la saltuaria difficoltà ad ottenere una omogeneità dei comportamenti, nonché la **parziale adesione di alcuni professionisti alle pur continue indicazioni e raccomandazioni organizzative provenienti dalla Direzione Sanitaria**, preferendo gli stessi avvalersi delle proprie esperienze specialistiche acquisite in altri contesti assistenziali. **Tali evidenze potrebbero aver in parte condizionato il raggiungimento di alcuni degli obiettivi fissati nei Piani precedenti, rendendo necessario riproporne in parte la realizzazione.**

Come negli ultimi anni, le criticità affrontate devono continuare a rappresentare un importante riferimento per la prosecuzione del programma che la Struttura dovrà porre in essere *anche* nell'anno di validità del presente Piano. Un buon governo dell'organizzazione deve prevedere peraltro lo sviluppo di specifici modelli di controllo del rischio clinico per conseguire il miglioramento della qualità delle cure centrate sui bisogni del paziente. Gestire il Rischio è possibile facendo ricorso a metodologie di lavoro condivise, finalizzate all'individuazione e alla valutazione del rischio ed alla gestione e controllo delle procedure, dei processi e dei protocolli. È su questi elementi che si concentrano le politiche di gestione del rischio, volte alla riduzione degli errori evitabili.

Si sottolinea come 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 nel- l'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.

Il presente Piano viene redatto ai sensi del Documento di indirizzo regionale per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) di cui alla **Determinazione n. G00643 del 25/01/2022**, e recepisce le linee di indirizzo emanate dal Centro Regionale del Rischio Clinico con la **determinazione G16501 del 28/11/2022** in materia di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

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 (AO)**. 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)**. 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 una struttura sanitaria privata accreditata dal SSR che si pone quale parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, per soddisfare i bisogni sanitari sempre più complessi e articolati dei propri Pazienti, avvalendosi dell’evoluzione delle tecniche e delle conoscenze scientifiche. L’interesse primario della Casa di Cura è stato da sempre quello di garantire a tutti i degenti la migliore qualità possibile delle prestazioni erogate, sia mediante la massima professionalità degli operatori sanitari, che dei mezzi tecnici messi a disposizione degli stessi. Un’attenzione particolare è stata rivolta al **rispetto della dignità umana**, senza distinzione di sesso, cultura, stato sociale, età, lingua, nel rispetto delle idee e della fede religiosa. Per tali motivi, massima cura viene posta nella selezione del personale di assistenza, che svolge i propri compiti con zelo e umanità e che è sempre identificabile mediante cartellino personale. Al fine di migliorare l’organizzazione interna dei reparti, vengono effettuate riunioni periodiche tra la Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e personale medico ed infermieristico. Tali incontri hanno da sempre un’utilità notevole soprattutto a livello scientifico, per la valutazione di nuove metodiche sia diagnostiche che operative, nonché per la preparazione di Meeting destinati allo scambio di informazioni e risultati terapeutici, effettuati anche con sanitari provenienti da altre sedi. Ciò garantisce ulteriormente una assistenza sempre più qualificata e adeguata ai risultati nazionali e internazionali in campo medico. Con le Capo Sala responsabili dei diversi reparti, vengono programmati interventi generali di miglioramento dei comfort alberghieri, acquisti di accessori vari, nonché l’organizzazione dei turni del personale sempre adeguato alle necessità dei diversi reparti. Questi aspetti assumono particolare importanza, tenuto conto che in base alle norme vigenti, il Paziente può esercitare la libera scelta del luogo di cura con le garanzie di un trattamento sanitario qualificato.

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 **Tabella** al seguito sono sintetizzati i dati strutturali ed i dati di attività, così come forniti dalla Direzione Sanitaria.

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	12	Ortopedia	12
Posti letto diurni (DS polispecialistico)	8	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	

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 2024**:

Tipo di evento	Numero (% sugli eventi totali)	Principali fattori causali contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss *	0	Fattori Umani //% Fattori legati a farmaci //% Fattori ambientali //% Fattori organizzativi //%	\\"	100% dal sistema di Incident Reporting
Adverse Event **	0	Fattori Umani //% Fattori legati a farmaci //% Fattori ambientali //% Fattori organizzativi //%	\\"	100% dal sistema di Incident Reporting
Sentinel Event **	0	Fattori Umani //% Fattori legati a farmaci //% Fattori ambientali //% Fattori organizzativi //%	\\"	100% dal sistema di Incident Reporting

* *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 accettare 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’ultimo quinquennio:

Anno	Sinistri aperti	Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	2	1	€ 4.734,27
2021	0	1	€ 9.748,16
2022	6	1	€ 42.000,00
2023	7	0	€ 0,00
2024	3	2	€ 66.343,20

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. RESOCONTI DELLE ATTIVITA’ DELL’ANNO PRECEDENTE

La strategia adottata per il raggiungimento degli obiettivi prefissati per l’anno 2024 è stata inevitabilmente condizionata ancora dalla necessità di affrontare, in modo dinamico ed efficace, le criticità emergenti dal perdurare di alcuni comportamenti dei professionisti sanitari non dipendenti della struttura. 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 “chiuse” (*di cui è stata richiesta copia conforme all’originale dagli aventi diritto*) e relative a ricoveri avvenuti dall’anno 2020 (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, quando necessario, 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.

Di seguito, è riportato lo **stato di avanzamento degli obiettivi per l'anno 2024**.

STATO DI AVANZAMENTO ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024		
Attività	Effettuazione	Stato di avanzamento
progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di gestione del rischio clinico”	In corso	E' stata effettuata una attività di sensibilizzazione del personale sanitario sulla specifica tematica ed è in corso la pianificazione del corso specifico, a cura della Direzione Sanitaria.
progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un “corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività	In corso	E' stata effettuata una attività di sensibilizzazione del personale sanitario sulla specifica tematica ed è in corso la pianificazione del corso specifico, a cura della Direzione Sanitaria.
revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico	NO	Rinvia al 2025 a causa della necessità di affrontare gli altri obiettivi maggiormente prioritari sulla concreta gestione del rischio
esecuzione Audit di Rischio Clinico	SI	Sono state effettuate interviste rivolte al personale medico e infermieristico delle Unità Operative, con la disamina di comunicazioni interne, indirizzate dalla Direzione Sanitaria ai medici/operatori della struttura, e riguardanti alcune criticità riscontrate nell'esercizio delle funzioni.
identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	SI	Sono state effettuate interviste rivolte al personale medico e infermieristico delle Unità Operative (<i>anche attraverso il metodo del Safety walkaround</i>). Si è provveduto ad effettuare, quando necessario, 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.

STATO DI AVANZAMENTO
ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024

Attività	Effettuazione	Stato di avanzamento
progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	In corso	E' stata effettuata una attività di sensibilizzazione del personale sanitario sulla specifica tematica ed è in corso la pianificazione del corso specifico, a cura della Direzione Sanitaria.
monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	SI	E' stata effettuata una attività di sensibilizzazione del personale sanitario sulla specifica tematica e sono stati effettuati controlli periodici, a cura della Direzione Sanitaria.
elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)	NO	Rinvia al 2025 a causa della necessità di affrontare gli altri obiettivi maggiormente prioritari sulla concreta gestione del rischio
elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>)	In corso	La Direzione Sanitaria sta provvedendo alla revisione del programma, attraverso la trasmissione ai Reparti delle Linee Guida nazionali.
report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	In corso	La Direzione Sanitaria sta effettuato il report del consumo dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani
elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi	In corso	La Direzione Sanitaria sta provvedendo alla revisione delle procedure, attraverso la trasmissione ai Reparti delle Linee Guida nazionali.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce almeno sempre tre specifiche responsabilità:

- il Risk Manager, che lo redige ed è interessato nella adozione e monitoraggio;
- il Direttore Sanitario, che è, tra l'altro, responsabile delle attività del C.I.O., nonché della adozione e del monitoraggio del PARS;
- 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	R	C
Monitoraggio PARS	I	R	C

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

Nella specifica realtà della Clinica “Santa Teresa”, il Risk Manager, *in loco*, si avvale principalmente dell’attività di controllo del Direttore Sanitario, il quale provvede anche ad inviare il PARS al CRRC.

8. OBIETTIVI ANNO 2025

La Regione Lazio nelle Linee di indirizzo per l’adozione del PARS ha definito gli obiettivi strategici che seguono per la prevenzione del rischio clinico e del rischio infettivo. Le linee di indirizzo regionali, unificando in un solo documento la trattazione del Rischio Clinico e del Rischio infettivo, raccomandano di riservare a quest’ultima tipologia di rischio uno spazio separato nella redazione del PARS.

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare **un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici**. Il presente documento, elaborato nel rispetto delle Linee Guida regionali, rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi, con particolare riferimento a quelli che impattano maggiormente la qualità dell’assistenza fornita ai pazienti che si rivolgono alla Struttura, che eroga prestazioni che attengono principalmente a diverse specialità dell’area chirurgica.

L’attenzione verrà pertanto rivolta alle attività di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura ed in relazione ai trattamenti eseguiti. Anche per quanto attiene le attività routinarie sarà data priorità ovviamente, all’aggiornamento delle specifiche procedure relative ai rischi di maggiore interesse rispetto al contesto locale. Come illustrato in premessa, inoltre, si rende necessario intervenire sugli aspetti relativi al coinvolgimento degli operatori ed alla comunicazione interna in quanto la Struttura, a prevalente vocazione chirurgica, si avvale, in parte, di professionisti che non sono vincolati da un rapporto di subordinazione e che quindi vivono la realtà della Clinica limitatamente alle occasioni di accesso per l’esecuzione di prestazioni assistenziali o interventi chirurgici. Occorre tendere, quindi, per quanto possibile, ad una maggiore omogeneità dei comportamenti e ad una maggiore adesione di alcuni professionisti alle indicazioni e raccomandazioni organizzative provenienti dalla Direzione Sanitaria, preferendo gli stessi avvalersi delle proprie esperienze specialistiche acquisite in altri contesti assistenziali. Tali evidenze hanno in parte condizionato il raggiungimento di alcuni degli obiettivi fissati nel Piano precedente, rendendo necessario riproporle la realizzazione.

Tanto premesso per l’implementazione del presente Piano nell’anno 2025 vengono programmati gli interventi ed le azioni compatibili con le risorse presenti, riproponendo anche alcuni degli obiettivi che non hanno potuto essere compiutamente realizzati nel corso dell’anno precedente.

ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025

Attività	Effettuazione	Responsabilità
Esecuzione di almeno una giornata formativa in tema di "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione" Destinatari: Medici, Coordinatori, Infermieri.	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
Esecuzione di almeno una giornata formativa in tema di "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione" Destinatari: OSS.	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager C Direttore Sanitario R Direzione Aziendale I
Report semestrale di verifica della qualità delle cartelle cliniche.	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager R Direttore Sanitario C Direzione Aziendale I
Proseguimento della identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager R Direttore Sanitario C Direzione Aziendale I

ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

Attività	Indicatore	Matrice Responsabilità
Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA Destinatari: Medici, Coordinatori, Infermieri.	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
Monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani Redazione del Piano d'Azione Locale	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a: monitoraggio, prevenzione e controllo della ferita chirurgica	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C

Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a: gestione della sepsi	Effettuazione entro il 31.12.2025	Risk Manager I Direttore Sanitario R Direzione Aziendale C
---	--	---

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS verrà pubblicato sul sito internet della Casa di Cura sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione. La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro. I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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";
2. 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";
3. 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";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. 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";
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "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)'";
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. 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';

13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
14. 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";
15. Decreto Regione Lazio DCA U00469 del 07/11/2017, Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
17. 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";
18. Decreto del Commissario ad Acta del 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";
19. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
20. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante "Approvazione del <> e del <>". 21. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 recante "Adozione del <

11. BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationery Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. 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
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017