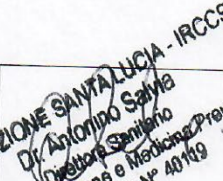
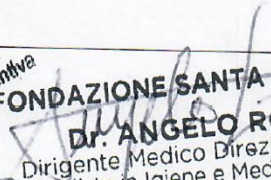
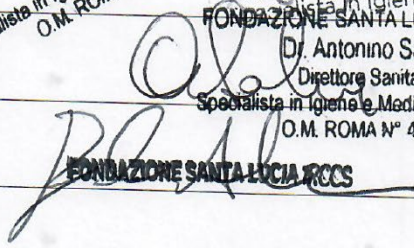




PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Emesso dal Risk Manager e Coordinatore del Gruppo operativo CCICA	 FONDAZIONE SANTA LUCIA - IRCCS Dr. Antonino Salvia Direttore Sanitario Specialista in Igiene e Medicina Preventiva O.M. ROMA N° 40119
Verificato da DS	 FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS Dr. ANGELO ROSSINI Dirigente Medico Direzione Sanitaria Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Approvato da DG	 FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS Dr. Antonino Salvia Direttore Sanitario Specialista in Igiene e Medicina Preventiva O.M. ROMA N° 40119

INDICE

INDICE	2
1. PREMESSA	3
1.1 Contesto organizzativo	3
1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati....	9
1.3 Descrizione della posizione assicurativa.....	10
1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente	10
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	12
3. OBIETTIVI E ATTIVITA'	12
3.1 Obiettivi.....	12
3.2 Attività.....	13
4. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	16
4.1 Obiettivi.....	16
4.2 Attività.....	16
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	18
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	19
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	20

1. PREMESSA

La Fondazione Santa Lucia ha iniziato, con diversa denominazione, la propria attività di riabilitazione negli anni Sessanta, quando l'assistenza sanitaria era ancora dedicata ai veterani della Seconda Guerra Mondiale.

Nei decenni successivi è andata sviluppandosi la neuroriabilitazione ad alta specializzazione che oggi vede medici e terapisti operare con l'ausilio di tecnologie come i sistemi d'interfaccia cervello-computer (BCI) e gli esoscheletri.

Nel 2002 è stato inaugurato l'attuale Ospedale che ha sostituito lo storico edificio.

La gestione del Rischio Clinico è di fondamentale importanza in sanità ed ha un forte impatto sociale.

In accordo con quanto emanato dalla Commissione Tecnica sul Rischio Clinico del Ministero della Sanità (DM del 5/3/2003 e successive leggi e norme correlate) è indispensabile conoscere ed analizzare il rischio clinico come aspetto insito nell'assistenza sanitaria, e come esso si colloca nel tema più generale della Qualità e della misura dell'outcome.

Per questo motivo l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Santa Lucia (IRCCS Santa Lucia) ha nominato un Risk Manager, formato un Clinical Risk Management Team e istituito il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) che con delibera n.18/18 del 31 dicembre 2018 ha sostituito il Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO). Detti organismi si occupano della gestione del rischio clinico all'interno dell'Ospedale e tengono traccia di valutazioni e azioni intraprese attraverso il presente documento.

Con Gestione del Rischio Clinico si definisce lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze. Tutti gli aspetti dei rischi sopra elencati devono essere affrontati, all'interno di un programma di risk management, in maniera globale e integrata nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche.

1.1 Contesto organizzativo

1.1.1 Statuto

La Fondazione Santa Lucia è un IRCCS di diritto privato, dotato di un Ospedale di alta specializzazione per la neuroriabilitazione e le neuroscienze. Il suo Statuto – riconosciuto con Decreto Ministeriale del 20 ottobre 1998 – assegna alla Fondazione Santa Lucia la natura d'istituzione no-profit, finalizzata alla ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme a prestazioni di ricovero e cura.

1.1.2 Ospedale

L'Ospedale è dotato di sei Unità Operative Complesse (UOC) di degenza, occupando complessivamente una superficie coperta di oltre 30.000 mq. Le stanze, nel rispetto dei requisiti organizzativi previsti dal Decreto del Ministro della Salute 29 gennaio 1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"

per la neuroriabilitazione, hanno un'ampiezza di 46 mq ciascuna per 2 posti letto, comprensivi di bagno in camera. Ogni UOC dispone di una palestra di 400 mq per fisiochinesiterapia.

L'Ospedale è dotato anche di una piscina per idrochinesiterapia di 25 m. di lunghezza e 12 di larghezza con acqua a temperatura costante di 32 gradi, nonché di una palestra che ospita un campo di basket regolamentare per la sport terapia.

L'architettura ospedaliera è stata progettata con attenzione ad assicurare alti livelli di comfort, ancora più importanti per un Ospedale di neuroriabilitazione, nel quale il paziente per le condizioni cliniche legate alle complesse lesioni del sistema nervoso riportate può trascorrere diverse settimane di cure in uno stato fisico e psicologico impegnativo sia per lui che per i familiari.



1.1.3 Neuroriabilitazione ad Alta Specializzazione

La Fondazione Santa Lucia è un Ospedale ad alta specializzazione di rilievo nazionale nel settore della neuroriabilitazione.

I servizi di assistenza medica sono, insieme alla ricerca, aspetto determinante della sua attività. I percorsi di neuroriabilitazione si estendono sia all'ambito motorio che cognitivo.

Le prestazioni sanitarie sono erogate in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o anche privatamente.

L'Ospedale sorge al centro del campus in via Ardeatina a Roma, ai confini con il Parco Naturale dell'Appia Antica. Dista cinque chilometri dal centro della città e altrettanto dal Grande Raccordo Anulare.

1.1.4 Percorsi di Neuroriabilitazione Ospedaliera

Le patologie trattate con terapie riabilitative in regime ordinario e di day hospital, riguardano con preponderanza pazienti con esiti di ictus, coma, lesioni del midollo spinale, malattie degenerative come Parkinson, Alzheimer e Sclerosi Multipla, nonché soggetti con esiti di politraumatismi ed amputazione degli arti inferiori. Accanto a fisiochinesiterapia e idrochinesiterapia, i percorsi di neuroriabilitazione comprendono terapia occupazionale e del linguaggio, ortottica, foniatria e riabilitazione respiratoria, cura della disfagia e di numerosi deficit cognitivi. I trattamenti di neuroriabilitazione si avvalgono di moderne tecnologie come interfacce cervello-computer (BCI), esoscheletri, realtà virtuale, etc.

1.1.5 Servizio di Riabilitazione Estensiva

Accanto all'attività in regime di ricovero e day hospital è attivo un servizio di riabilitazione extraospedaliera dedicato prevalentemente alla presa in carico di bambini sin dall'età di pochi mesi affetti da malattie rare e patologie congenite e/o neonatali, nonché soggetti in età adulta per il completamento del percorso assistenziale iniziato in regime di ricovero.

1.1.6 Attività ambulatoriale

Completa l'offerta di servizi sanitari il Poliambulatorio, le cui prestazioni sono accessibili anche a persone non ricoverate presso l'Ospedale.

Il Poliambulatorio eroga prestazioni nelle principali aree specialistiche, nonché di Laboratorio analisi, di Genetica Medica e di Diagnostica per Immagini.

Anche la riabilitazione in Piscina è accessibile a pazienti esterni all'Ospedale.

1.1.7 Certificazioni

La Fondazione Santa Lucia è certificata per la qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 da Bureau Veritas Italia S.p.A.

1.1.8 Organi di Governo

Presidente

Maria Adriana Amadio

Direttore Generale

Edoardo Alesse

Consiglio di Amministrazione

Maria Adriana Amadio (Presidente), Consiglieri: Edoardo Alesse, Elisabetta Alesse

Collegio dei Revisori dei Conti

Alessandro Bonura (Presidente), Michele Lucciola, Fernando Pietrostefani

Direzione Scientifica

Direttore: Carlo Caltagirone

Direzione Sanitaria

Direttore: Antonino Salvia

Direzione Amministrativa

Direttore: Roberto Noto

Direzione Comunicazione

Direttore: Davide Pagnanelli

Ufficio del Personale

Responsabile: Viola Scaloni

Ufficio Qualità e Miglioramento Organizzativo

Responsabile: Cristina Ancona

Direzione Infermieristica

Responsabile: Lucia Vecellio Reane

Direzione Riabilitazione

Responsabile: Marco Tramontano

Servizi Amministrativi Ospedalieri

Responsabile: Andrea Di Rocco

Servizi Informativi

Responsabile: Sergio Punzi

Servizi Tecnici

Responsabile: Ciro Rossi

Servizio di Prevenzione e Protezione

Responsabile: Lia Tozzi

Health Safety & Envrironmet (HSE)

Responsabile: Marco D'Orinzi

Ufficio Acquisti

Responsabile: Massimo Pedullà

1.1.9 Team rischio clinico

Risk Manager

Dott. Antonino Salvia

Area Medica

Dott. Angelo Rossini

Area Riabilitativa

Fisioterapista Dianne Beatriz Henson

Area Infermieristica

Infermiera Giuliano Ferrante

Area Qualità organizzativa

Dott.ssa Cristina Ancona

Dott.ssa Serena Amici

Dott. Luigi Grillo

Tabella 1 – Dati di attività

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	293	Neuroriabilitazione	293
Posti letto diurni	32	Neuroriabilitazione	32
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
N° Ricoveri ordinari	1.327	N° Ricoveri diurni	679
Branche specialistiche	16	Prestazioni ambulatoriali erogate	337.057 ¹
Riabilitazione extraospedaliera (ex. Art. 26 legge 833/78)	310 Trattamenti /die ambulatoriali in modalità estensiva	Prestazioni erogate	1.183

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, relativi all'anno 2021 ed aggiornati al 31/01/2022.

¹ Rispetto all'anno precedente il dato è comprensivo delle prestazioni ambulatoriali in regime privato e delle prestazioni del laboratorio analisi.

Totale prestazioni ambulatoriali SSN senza laboratorio analisi = 71.690

Totale prestazioni ambulatoriali private senza laboratorio analisi = 21.357

Totale prestazioni laboratorio analisi = 244.010.

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2016	6	0
2017	5	0
2018	11	0
2019	8	0
2020	7	€ 10.500
2021	6	0
Totale	43	€ 10.500

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

Tabella 3 –Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuanti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	10/327	3/327	Strutturali (15%) Organizzativi (33%) Procedure/ Comunicazione (52%)	Strutturali (13%) Tecnologiche (24%) Organizzative (31%) Procedure/ Comunicazione (32%)	Sistemi di reporting (60%) Dispositivo vig. (40%)
Eventi avversi	3/327	170/327			
Eventi sentinella	0/327	0/327			

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	313668558 (31/01/19)	Generali	€ 257.566	€ 25.000	Marsh
2019	313668558 (31/01/20)	Generali	€ 305.893	€ 25.000	Marsh
2020	313668558 (31/01/21)	Generali	€ 262.195	€ 25.000	Marsh
2021	313668558 (31/03/22)	Generali	€ 293.400	€ 25.000	Marsh

1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

Obiettivo 1: Progettazione ed esecuzione di corsi di formazione al personale neoassunto per l'implementazione delle procedure riferite all'emergenza sanitaria dovuta al Sars-Cov-2.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: progettazione del corso	Sì	Ideazione di un modulo formativo contenente le disposizioni e le procedure anti Sars-Cov-2 vigenti all'interno della FSL
Attività 2: erogazione del corso	Sì	Erogazione del modulo formativo durante i corsi di formazione rivolti al personale neoassunto

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

Obiettivo 2: Aggiornamento di una IO per la riduzione del rischio clinico connesso a trasfusioni e prelievi ematici		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Identificazione di Kit predisposti che facilitino il processo	NO	Obiettivo riproposto nel PARS 2022
Attività 2: Modifica delle istruzioni operative IO 8.1.2; IO 9.27 a seguito delle criticità emerse negli audit clinici 2018	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022
Attività 3: Formazione del Personale	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022
Attività 4: Verifica delle attività attraverso audit clinici	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022

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

Obiettivo 3: Ridurre rischio di caduta e gravità conseguente alle cadute		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Revisione del protocollo cadute	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022
Attività 2: Condivisione con responsabili di UOC e servizi del nuovo protocollo	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022
Attività 3: Formazione del Personale sul protocollo revisionato	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022
Attività 4: Verifica delle attività attraverso audit clinici	NO	Obiettivo riproposto per il Parm 2022

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

Obiettivo 4: Identificazione di una procedura finalizzata alla riduzione del rischio connesso con l'errata identificazione del paziente		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Realizzazione di una IO per la corretta identificazione del paziente	SI	Redazione IO 9.18 Istruzione operativa per la corretta identificazione del paziente rev.1 del 01/02/2021
Attività 2: Condivisione con responsabili di UOC e servizi	SI	Condivisione con il personale sanitario ed amministrativo della procedura e pubblicazione sulla intranet aziendale
Attività 3: Formazione del Personale	SI	Sensibilizzazione del personale in occasione della diffusione della procedura e dello svolgimento di audit interni
Attività 4: Verifica delle attività attraverso audit clinici	SI	Dall'entrata in vigore della procedura non sono stati registrati errori dovuti all'errata identificazione del paziente

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

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario ^(A)	CCICA	Direttore Amministrativo ^(A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C	R	I	C
Adozione PARS con deliberazione	C	R	C	C	C	I
Monitoraggio PARS	R	I	C	R	I	C

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

(A) della Fondazione Santa Lucia IRCCS.

3. OBIETTIVI E ATTIVITA'

3.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

3.2 Attività

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 - Progettazione ed esecuzione di corsi di formazione al personale sanitario per l'implementazione di protocolli/linee guida riferite alla gestione delle medicazioni di base e avanzate.		
INDICATORE Partecipazione al corso di tutto il personale sanitario entro il 31/12/2022		
FONTE UO Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	R
Esecuzione del corso	C	R

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

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 – Aggiornamento di una IO per la riduzione del rischio clinico connesso a trasfusioni e prelievi ematici				
INDICATORE Emanazione della IO entro il 31/05/2022				
FONTE UO Qualità e Miglioramento organizzativo				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Servizio Infermieristico	Ufficio Formazione	Ufficio Qualità e Miglioramento organizzativo	Sistemi informativi
Identificazione di Kit predisposti che facilitino il processo	R	I	C	/
Compilazione automatica del modulo di trasfusione tramite la CCE	C	I	C	R
Modifica delle istruzioni operative IO 8.1.2; IO 9.27 a seguito delle criticità emerse negli audit clinici precedenti	C	C	R	/
Formazione del Personale	C	R	I	/
Verifica delle attività attraverso audit clinici	R	I	R	/

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.			
ATTIVITÀ 3 – Ridurre rischio di caduta e gravità conseguente alle cadute			
INDICATORE - Numero di cadute e relativa gravità nel 2022 rispetto al 2021			
FONTE Direzione Sanitaria, UO Qualità e Miglioramento organizzativo, Primari			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UO Formazione	Direzione Sanitaria	UO Qualità e Miglioramento organizzativo
Revisione del protocollo cadute	I	R	R
Condivisione con responsabili di UOC e servizi del nuovo protocollo	I	R	C
Formazione del Personale sul protocollo revisionato	R	R	I
Verifica delle attività attraverso audit clinici	C	I	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 4 – Progettazione ed esecuzione di corsi di aggiornamento/ refresh rivolti a tutto il personale relativo alle disposizioni e procedure vigenti all'interno della FSL riferite all'emergenza sanitaria dovuta al Sars-Cov-2		
INDICATORE Esecuzione del corso di aggiornamento entro il 31/12/2022		
FONTE Direzione Sanitaria, Ufficio Qualità, Servizio Infermieristico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	R
Esecuzione del corso	C	R

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.		
ATTIVITÀ 5 – Sistematizzazione della rilevazione delle misure antropometriche del paziente		
INDICATORE Rilevazione del peso corporeo con cadenza quindicinale per ogni tipologia di paziente		
FONTE Direzione Sanitaria, Ufficio Qualità, Servizio Infermieristico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Ufficio Qualità
Revisione delle procedure del servizio dietologico	C	R
Condivisione con responsabili di UOC e servizi delle procedure aggiornate	I	R
Sensibilizzazione del Personale sulle nuove indicazioni	I	R
Verifica dell'applicazione durante gli audit	I	R

4. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

4.1 Obiettivi

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 produttori di carbapenemasi (CPE).

4.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA		
INDICATORE - Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2022		
FONTE CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UO Formazione	CCICA
Progettazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	I	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 2 – Pianificazione ed erogazione di un corso di formazione per il personale medico in relazione alla gestione delle prescrizione degli antibiotici.		
INDICATORE - Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2022		
FONTE CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UO Formazione	CCICA
Progettazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	I	R

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

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 – Implementazione del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani relativo al 2021/2022

INDICATORE – Allegare al Pars Piano di Azione locale sull'igiene delle mani

FONTE
CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRiS-TEAM	CCICA	Direzione Sanitaria
Implementazione Piano azione locale igiene mani	C	R	I
Diffusione del Piano di azione locale igiene mani	R	C	I

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

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 ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 4 – Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici

INDICATORE – Si/No (Riduzione consumo antibiotici per giornata di degenza del 5%)

FONTE
CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Cris-Team	CCICA	Direzione Sanitaria
Sviluppare programmi sul buon uso degli antibiotici	C	R	I
Diffondere e promuovere programmi sul buon uso degli antibiotici	R	C	I

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

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 ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 5 – Migliorare qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

INDICATORE – n° di procedure di prelievo delle emocolture correttamente eseguite (100%)

FONTE
CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team

Azione	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
	UOC FSL	Laboratorio Analisi Spallanzani	Direzione Sanitaria
Prelievo ed invio dei campioni secondo la IO 9.25 All.A2	R	I	I
Effettuazione dell'esame ed invio referto	/	R	I
Ricezione del referto e trasmissione dello stesso alla UOC	I	/	R

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

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito della Fondazione Santa Lucia (www.hsantalucia.it) affinché sia consultabile pubblicamente.

I dati in esso contenuti sono oggetto di discussione:

- All'interno del Clinical Risk Management Team e del CCICA;
- con i responsabili delle varie Unità Operative, le Direzioni, i Servizi, l'Ufficio Qualità e Miglioramento Organizzativo;
- nel Riesame della Direzione.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del 11 dicembre 2009

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

DCA n° 490 del 21 ottobre 2015

Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento

Determina n. G12355 del 25 ottobre 2016

Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

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

Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

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.

Decreto del Commissario ad acta n.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.

Determinazione G16829 del 28/11/17

Istituzione del centro regionale rischio clinico

Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584

Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"

Determina G01226 del 02/02/18

Revisione delle linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"

Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018) n° U00400 del 29/10/18

Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico

Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25/02/2022

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Clinical Risk Management. Enhancing Patient Safety, 2nd edition: Charles Vincent (ed.). BMJ Books: London, UK, 2001, 573 pp; hardback, indexed, ISBN: 0-7279-1392-1
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
- La Gestione del Rischio Clinico, Manno, Nephromeet 2012, <http://www.nephromeet.com/web/lib/Download.cfm?dirdownload=E%3A%5Cgruppotesi%5Cdatasite%5Cnephromeet%5CExport%5C&filename=00054.pdf&filesavename=00054.pdf>