
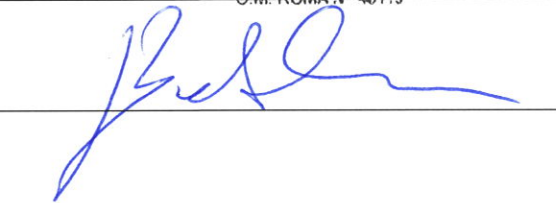




PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Emesso dal Risk Manager, Coordinatore del Gruppo operativo CCICA e Ufficio Qualità	 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 Ufficio Direzione Sanitaria Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Approvato da DG	 FONDAZIONE SANTA LUCIA - IRCCS Dr. Stefano Francese Responsabile Ufficio Qualità

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	13
3. OBIETTIVI E ATTIVITA'	13
3.1 Obiettivi.....	13
3.2 Attività.....	14
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 Scalonì

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	1.050	N° Ricoveri diurni	569
Branche specialistiche	16	Prestazioni ambulatoriali erogate	290.332 ¹
Riabilitazione extraospedaliera (ex. Art. 26 legge 833/78)	310 Trattamenti /die ambulatoriali in modalità estensiva	Prestazioni erogate (nuovi progetti riabilitativi aperti nell'anno)	788

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, relativi all'anno 2022 ed aggiornati al 31/01/2023.

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 = 27.717

Totale prestazioni ambulatoriali private senza laboratorio analisi = 44.779

Totale prestazioni laboratorio analisi = 217.836.

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)
2018	11	0
2019	8	€ 10.500
2020	7	0
2021	6	0
2022	6	€ 72.730,25
Totale	43	€ 83.230,25

(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 2022 (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/contribuenti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	7/275	1/275	Strutturali (42,8%) Organizzativi (28,5%) Procedure/ Comunicazione (28,5%)	Strutturali (28,5%) Tecnologiche (14,3%) Organizzative (28,5%) Procedure/ Comunicazione (28,5%)	Sistemi di reporting (28,5%) Dispositivo vig. (71,4%)
Eventi avversi	1/275	214/275			
Eventi sentinella	0/275	0/275			

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	313668558 (19/02/18)	Generali	€ 257.566	€ 25.000	Marsh
2019	313668558 (31/01/19)	Generali	€ 257.566	€ 25.000	Marsh
2020	313668558 (31/01/20)	Generali	€ 305.893	€ 25.000	Marsh
2021	313668558 (31/01/21)	Generali	€ 262.195	€ 25.000	Marsh
2022	313668558 (31/03/22)	Generali	€ 293.400	€ 25.000	Marsh

1.4 Resoconto delle attività del PARS precedente

Obiettivo 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.

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023
Attività 2: Esecuzione del corso	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023

(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	N/A	Non applicabile, dopo valutazione con il Clinical Risk Team.
Attività 2: Modifica delle istruzioni operative IO 8.1.2; IO 9.27	NO	Aggiornamento non necessario considerata l'attività 1 come non applicabile. Non più emerse criticità al riguardo.
Attività 3: Formazione del Personale	NO	/
Attività 4: Verifica delle attività attraverso audit clinici	NO	/

(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	SI	Revisione completa della IO 9.1 Allegato 4 con nuove modalità operative e strategie d'intervento

Attività 2: Condivisione con responsabili di UOC e servizi del nuovo protocollo	SI	Condivisione con il personale sanitario dell'istruzione operativa
Attività 3: Formazione del Personale sul protocollo revisionato	NO	In corso la progettazione del corso
Attività 4: Verifica delle attività attraverso audit clinici	NO	Da attuare dopo erogazione del corso

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

Obiettivo 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		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	SI	Ideazione del modulo formativo contenente le disposizioni e le procedure anti Sars-Cov-2 vigenti all'interno della FSL. Invio di aggiornamenti periodici tramite mail da parte della Direzione Sanitaria
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	Erogazione del modulo formativo durante i corsi di formazione rivolti al personale sanitario

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

Obiettivo 5: Sistematizzazione della rilevazione delle misure antropometriche del paziente		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Revisione delle procedure del servizio dietologico	SI	Aggiornamento istruzione operativa IO 16.20
Attività 2: Condivisione con responsabili di UOC e servizi delle procedure aggiornate	SI	Condivisione della istruzione operativa con il personale sanitario e pubblicazione sulla intranet aziendale.
Attività 3: Sensibilizzazione del Personale sulle nuove indicazioni	SI	Sensibilizzazione del personale in occasione della diffusione della procedura e dello svolgimento di audit interni.
Attività 4: Verifica dell'applicazione durante gli audit	SI	La sistematizzazione della rilevazione delle misure antropometriche del paziente è stata verificata durante gli audit interni.

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

OBIETTIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Obiettivo 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	SI	Ideazione di un modulo formativo dedicato al rischio clinico all'interno del corso "Qualitativamente" rivolto a tutto il personale.
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	Erogazione del modulo formativo durante i corsi di formazione rivolti al personale.

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

Obiettivo 2: Pianificazione ed erogazione di un corso di formazione per il personale medico in relazione alla gestione delle prescrizione degli antibiotici.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	SI	Il corso non è stato progettato ed erogato, ma l'obiettivo è comunque considerato raggiunto per la presenza in struttura del consulente infettivologo.
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	

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

Obiettivo 3: Implementazione del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani relativo al 2021/2022		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Implementazione Piano azione locale igiene mani	SI	Documento predisposto ed allegato al Pars 2022
Attività 2: Diffusione del Piano di azione locale igiene mani	SI	Condivisione del documento nella intranet aziendale e sul sito internet della Fondazione

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

Obiettivo 4: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Sviluppare programmi sul buon uso degli antibiotici	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023 con attività ed indicatori differenti
Attività 2: Diffondere e promuovere programmi sul buon uso degli antibiotici	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023 con attività ed indicatori differenti

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

Obiettivo 5: Migliorare qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Prelievo ed invio dei campioni secondo la IO 9.25 All.A2	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023
Attività 2: Effettuazione dell'esame ed invio referto	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023
Attività 3: Ricezione del referto e trasmissione dello stesso alla UOC	NO	Obiettivo riproposto per il PARS 2023

(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:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- 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 31/12/2023		
FONTE UO Formazione, CRiS-Team		
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 A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.			
ATTIVITÀ 2 - Ridurre rischio di caduta e gravità conseguente alle cadute			
INDICATORE Riduzione % cadute con esito sul totale degli eventi registrati			
FONTE CRiS-Team, Direzione Sanitaria, Ufficio Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità	CriS-Team
Approvazione ed entrata in vigore della procedura aggiornata	R	C	C
Verifica in audit clinici trasversali della corretta applicazione della procedura	I	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di un corso di aggiornamento rivolto al personale sanitario sulla gestione della disfagia e della nutrizione artificiale		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023		
FONTE UO Formazione, GLADIS, GLANA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitati	UO Formazione
Progettazione del corso	C	R

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

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 4 – Ripristino dei laboratori di educazione terapeutica con paziente e/o care giver per fornire indicazioni sulle regole della vita di reparto, anche al fine di contenere la condizione di handicap del paziente durante e dopo il ricovero				
INDICATORE Attivazione del servizio entro il 31/12/2023				
FONTE CRIS-Team				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria e Ufficio qualità	Direttori UOC	Direzione area riabilitativa	Personale di reparto
Condivisione e programmazione attività con i direttori delle UOC	R	C	C	I
Pianificazione team di professionisti delle attività durante il week end		R		C
Erogazione del servizio connesso ai laboratori di educazione terapeutica	I		C	R
Verifica implementazione del servizio attraverso audit presso le UOC	R	C	C	

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 – Prevenzione del burnout		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023		
FONTE CRiS- Team, UO Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UO Formazione	CRiS-Team
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	C	R

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

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).

3.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Appropriatezza della diagnosi del paziente infetto da Clostridium Difficile		
INDICATORE – % campioni rilevati dopo tre scariche diarroiche/die		
FONTE CCICA, CRIS-Team		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Aggiornamento dell'informazione relativa alle procedure a tutto il personale (comprensivo dei neoassunti)	R	C
Verifica corretta attuazione procedure di diagnosi	C	R

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 2 – Garantire l'isolamento del paziente in stanza singola o a coorte, risultato positivo a CPE Ceftazidime Avibactam resistente

INDICATORE – % casi di isolamento in stanza singola o a coorte (>75%)		
FONTE CCICA, CRiS-Team		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Aggiornamento dell'informazione relativa alle procedure a tutto il personale (comprensivo dei neoassunti)	R	C
Verifica corretta attuazione procedure di diagnosi	C	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 2022/2023

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 – Progettazione di PFA o FAD sul corretto uso degli antibiotici

INDICATORE – Numero di partecipanti al programma di formazione aziendale (almeno 100)

FONTE
CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team, Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Cris-Team	CCICA	Direzione Sanitaria	Formazione
Progettazione del PFA	C	R	I	C
Esecuzione del PFA	R	C	I	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			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	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>