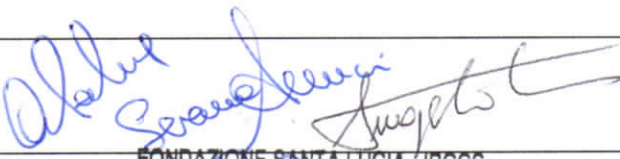
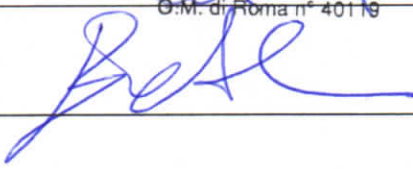




PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Emesso dal Risk Manager, Coordinatore del Gruppo operativo CCICA e Ufficio Qualità	
Verificato da DS	FONDAZIONE SANTA LUCIA - IRCCS dr. Antonino Salvia Direttore Sanitario Specialista in Igiene e Medicina Preventiva G.M. di Roma n° 401/19
Approvato da DG	

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	9
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.....	19
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	20
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	21

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

Fernando Pietrostefani(Presidente), Michele Lucciola, Maurizio Nisticò

Direzione Scientifica

Direttore: Carlo Caltagirone

Direzione Sanitaria

Direttore: Antonino Salvia

Direzione Amministrativa

Direttore: Roberto Noto

Ufficio Comunicazione

Responsabile: Davide Pagnanelli

Ufficio del Personale

Responsabile: Viola Scalonì

Ufficio Qualità e Miglioramento Organizzativo

Responsabile: Serena Amici

Direzione Infermieristica

Responsabile: Lucia Vecellio Reane

Direzione Riabilitazione

Responsabile: Alessandro Antonio Princi

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 & Environment (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 **Susanna Baragatti**

Area Qualità organizzativa

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	1109	N° Ricoveri diurni	744
Branche specialistiche	16	Prestazioni ambulatoriali erogate	283.694 ¹
Riabilitazione extraospedaliera (ex. Art. 26 legge 833/78)	310 Trattamenti /die ambulatoriali in modalità estensiva	Prestazioni erogate (nuovi progetti riabilitativi aperti nell'anno)	846

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, relativi all'anno 2023 ed aggiornati al 23/01/2024.

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 = 27.017

Totale prestazioni ambulatoriali private senza laboratorio analisi = 94.528

Totale prestazioni laboratorio analisi = 211.754.

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)
2019	8	€ 10.500
2020	7	0
2021	6	0
2022	6	€ 72.730,25
2023	3	0
Totale	30	€ 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 2023 (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	8/238	3/238	*Strutturali (62,5%) Organizzativi (25%) Procedure/ Comunicazione (12,5%)	*Strutturali (50%) Organizzative (37,5%) Procedure/ Comunicazione (12,5%)	*Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	3/238	225/238			
Eventi sentinella	2/238	2/238			

(Totale= somma di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella)

*Riferito ai near miss

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
2023	313668558 (24/04/23)	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	SI	Completato
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	Completato

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

Obiettivo 2: Ridurre rischio di caduta e gravità conseguente alle cadute		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Approvazione ed entrata in vigore della procedura aggiornata	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2024
Attività 2: Verifica in audit clinici trasversali della corretta applicazione della procedura	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2024

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

Obiettivo 3: Progettazione ed esecuzione di un corso di aggiornamento rivolto al personale sanitario sulla gestione della disfagia e della nutrizione artificiale		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	SI	Progettazione ed esecuzione delle edizioni del corso di nutrizione artificiale. In programma ma da eseguire il corso di formazione per la disfagia. L'esecuzione del corso sulla disfagia viene riproposto come obiettivo del Pars 2024
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	Progettazione ed esecuzione delle edizioni del corso di nutrizione artificiale. In programma ma da eseguire il corso di formazione per la disfagia. L'esecuzione del corso sulla disfagia viene riproposto come obiettivo del Pars 2024

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

Obiettivo 4: Ripristino dei laboratori di educazione terapeutica con paziente e/o caregiver 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		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Condivisione e programmazione attività con i direttori delle UOC	NO	Riproposto come obiettivo nel Pars 2024
Attività 2: Pianificazione team di professionisti delle attività durante il week end	NO	Riproposto come obiettivo nel Pars 2024
Attività 3: Erogazione del servizio connesso ai laboratori di educazione terapeutica	NO	Riproposto come obiettivo nel Pars 2024
Attività4: Verifica implementazione del servizio attraverso audit presso le UOC	NO	Riproposto come obiettivo nel Pars 2024

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

Obiettivo 5: Prevenzione del burnout		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	SI	Completato
Attività 2: Esecuzione del corso	SI	Completato

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

OBIETTIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Obiettivo 1: Appropriately della diagnosi del paziente infetto da Clostridium Difficile		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Aggiornamento dell'informazione relativa alle procedure a tutto il personale (comprensivo dei neoassunti)	SI	Condivisione della procedura nella intranet aziendale
Verifica corretta attuazione procedure di diagnosi	SI	L'obiettivo viene riproposto nel Pars 2024 in quanto il risultato stabilito nell'indicatore dell'attività non è stato raggiunto

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

Obiettivo 2: Garantire l'isolamento del paziente in stanza singola o a coorte, risultato positivo a CPE Ceftazidime Avibactam resistente		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Aggiornamento dell'informazione relativa alle procedure a tutto il personale (comprensivo dei neoassunti)	SI	Procedura disponibile nella intranet aziendale
Attività 2: Verifica corretta attuazione procedure di diagnosi	SI	L'obiettivo viene riproposto nel Pars 2024 per sensibilità della tematica.

(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 2022/2023		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Implementazione Piano azione locale igiene mani	SI	Documento predisposto ed allegato al Pars 2023
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: Progettazione di PFA o FAD sul corretto uso degli antibiotici		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del PFA	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2024
Attività 2: Esecuzione del PFA	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2024

(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 nel Pars 2024
Attività 2: Effettuazione dell'esame ed invio referto	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2024
Attività 3: Ricezione del referto e trasmissione dello stesso alla UOC	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2024

(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 - 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 2 - Progettazione ed esecuzione di un corso di aggiornamento rivolto al personale sanitario sulla gestione della disfagia.		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024		
FONTE UO Formazione, GLADIS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitato Gladis	UO Formazione
Progettazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.				
ATTIVITÀ 3 – 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 31/12/2024				
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 4 – Migliorare l'adesione del personale all'igiene delle mani e raggiungere lo standard minimo definito dall'OMS sul consumo di soluzione idroalcolica (SIA).				
INDICATORE Consumo soluzione idroalcolica > a 25 l x 1000gg/pz				
FONTE CRIS- Team				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità	Uo Formazione
Sensibilizzazione del personale attraverso corso di formazione specifici	R	I	I	R
Promozione di eventi/attività sul tema	R	I	C	
Verifica di efficacia tramite osservazione sul campo	R	I	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 – Progettazione ed esecuzione di un corso sulla corretta comunicazione tra équipe, paziente e caregiver, sulla gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e prevenzione del burnout.					
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024					
FONTE Cris-Team					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Direzione Sanitaria	Dirigente Area Infermieristica	Dirigente Area Riabilitativa	UO Formazione	Ufficio Qualità
Progettazione del corso	C	C	C	R	I
Esecuzione del corso	R	R	R	C	I

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:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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;
- 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 – Appropriatelyzza della diagnosi del paziente infetto da Clostridium Difficile
INDICATORE – % campioni rilevati dopo tre scariche diarroiche/die (> 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 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 (100%)		
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 2023/2024			
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 – Promuovere Misure per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (AMR) attraverso la progettazione ed esecuzione di un corso di formazione 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 corso	C	R	I	C
Esecuzione del corso	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 25/01/2022

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>