



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2023 PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
00	23.02.2024	Aggiornamento Ltee guida della Regione Lazio

Redazione	Verifica	Approvazione
<p>DSAN/RM <i>Gheolto</i> Dott.ssa Gina Martino responsabile U.O. Medicina Generale c/o VILLA SERENA SRL Corso della Repubblica, 204 03043-CASSINO.</p>	<p>DSAN/AD IL DIRETTORE SANITARIO CASA DI CURA VILLA SERENA Dr. Orazio Pennelli Albo dei Medici Chirurghi di Foggia n.8022</p>	<p>RM/AD <i>Polirella</i> * CASSINO * VILLA SERENA *</p>

Sommario

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	7
4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2022	7
4.2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2022	8
5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	10
6 OBIETTIVI	10
6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2023	11
7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	12
IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.	12
7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO	13
8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	14
9 RIFERIMENTI NORMATIVI	15
10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	16

Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2023 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.

L'obiettivo è quello 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 Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;

1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica a Casa di Cura Villa Serena che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Casa di Cura Villa Serena S.r.l. è in possesso dei seguenti titoli abilitanti all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria (3):

Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 8-ter, commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con (3):

Decreto del Commissario ad acta (per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio :

1. DCA U00375 del 4 Novembre 2014 per le seguenti discipline:
 - **N° 25 P.L. MEDICINA GENERALE ;**
 - **N° 10 P.L. GERIATRIA ;**
 - **N° 14 P.L. CARDIOLOGIA;**
 - **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
 - **LABORATORIO ANALISI CLINICHE**

2. DCA U00423/2018 per le sotto elencate attività :

AMBULATORI SPECIALISTICI PER LE SEGUENTI BRANCHE:

1. Cardiologia;
2. Geriatria;
3. Pneumologia;
4. Medicina generale
5. Oculistica,
6. Otorinolaringoiatria,
7. Angiologia,
8. Chirurgia Vascolare,
9. Dermatologia,
10. Diabetologia,
11. Endocrinologia,
12. Gastroenterologia,
13. Neurochirurgia,
14. Neurologia,
15. Neuropsichiatria e Neuropsichiatria infantile,
16. Ortopedia,
17. Reumatologia,
18. Urologia.
19. Medicina Estetica

3. DCA N.UOO490 DEL 5/12/2019 autorizzazione per le sottoelencate attività :

- **CENTRO RESIDENZIALE PER CURE PALLIATIVE HOSPICE PER N.11 P.L. + 44 TRATTAMENTI DOMICILIARI.**

Accreditamento con il SSR, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con :

- 1 Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. DCA U00375 del 4 Novembre 2014, autorizzazione e accreditamento per la disciplina di **MEDICINA GENERALE PER N° 25 P.L. ; DIAGNOSTICA PER IMMAGINI; LABORATORIO ANALISI CLINICHE .**
 - 2 Deliberazione n. 36 del 28 gennaio 2021: riconfigurazione del titolo di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, in attuazione della DGR 863/2020 di ratifica delle intese sottoscritte con i soggetti privati accreditati.
- **Attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo ordinario e diurno per acuzie per complessivi 30 P.L. così distribuiti:**

N.30 P.L. MEDICINA GENERALE di cui 2 diurni;

DATI STRUTTURALI		
Struttura	1	Casa di Cura Villa Serena
Mq. Complessivi	1) MQ 2536 ca	

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE ¹			
Risorse umane al 31/12/2023	N° 33 + 6 CO.CO.CO	Ruolo sanitario: 28+ 6 CO.CO.CO. Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 5	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
ACUTI			
MED.GENER.	28 + 2 DH	SSN	/
Centro residenziale cure palliative Hospice	PL 11+44 Domiciliari		Privato/ASS
AMBULATORIALE			
ANAL.CLINICHE	1	SSN	PRIVATO/ASS.
RADIOLOGIA TRAD	1	SSN	PRIVATO/ASS.
TC	1	SSN	PRIVATO/ASS.
Ambulatori	19		PRIVATO/ASS.

¹ DCA di accreditamento delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013 Regione Lazio

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2023			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
DIMESSI MEDICINA GENERALE	975 R.O. + DH	DIA IMM INT (RX+TC)	750
		ANALISI CLINICHE DI LAB	610

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2022_			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
VISITE SPECIALISTICHE	RX	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI EST	1300
VISITE SPECIALISTICHE	TC		568

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa² e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2023 sono stati n. 7 tutti dovuti alla situazione di debolezza fisica dei pazienti che spesso non accettano la mancanza di autonomia.

tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali () Organizzativi ()	Strutturali () Organizzative ()	Sistemi di
Eventi	7 (100%)	7(100%)			

² Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

avversi			Procedure/ Comunicazione ()	Procedure/ Comunicazione ()	reporting ()
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2023

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2019			
2020			
2021			
2022			
2023			
Totale			

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

3 Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2014	N. 642111	Euro 5.000.000	Berkshire Hathaway	Euro 9070,95 x 2	GEA.AS SANITA'	Euro 5.000.000
2015	N. 642111	Euro 5.000.000		Euro 11338, 69 x 2	GE.AS.	Euro 5.000.000
2016	642111	Euro 5.000.000		Euro 11338, 69 x 2	GEA.AS SANITA'	Euro 5.000.000
2017 ad oggi	IN AUTOASSICURAZIONE					

La Struttura ad oggi non possiede alcuna polizza assicurativa ma è in regime di Autoritenzione.

4 Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2023

4.1 Resoconto delle attività del 2023

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	
Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico –Corretta compilazione della check list		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	

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) Monitoraggio dell’utilizzo della check list di chiusura della CC;

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 15 cartelle 100% conformi	SI	

attività (3) promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attraverso audit interni

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione Conseguitamento certificazione ISO 9001:2015	SI	

OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura

Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali

INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	SI	

4..2 Attività rischio infettivo 2022

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	
Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	

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) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E	SI	

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 CRE

ATTIVITÀ (4)- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva	SI	

ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza 70% di personale sanitario da coinvolto/ TOT. Personale Sanitario	SI	

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- 1. Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- 2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
- 3. Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano

AZIONE	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	C	I
Redazione punto A7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato

6 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. 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
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1 Le Attività per il 2024

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ (1)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno l'100 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità "			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management,Qualità		Scadenza: 31/12/2024	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I
ATTIVITÀ 2)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso " Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2024	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza

Indicatore: verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella

Standard: su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITÀ 5

Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere

Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo

Standard: formato pieghevole

Fonte: RSQ-Marketing-DSAN

Scadenza: 31/12/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RMDSAN	RSQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

7 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enteri batteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

7.1 Le attività rischio infettivo

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA			
Indicatore un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2023
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici			
Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2023
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

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) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL			
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E			
Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/23			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2023
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	R	I	C

Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

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 CRE

ATTIVITÀ (4)- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva

Standard: Rilevazione mensile dei dati

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

Scadenza: 31/12/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	CCICA	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I

ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza

Standard: 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

Scadenza: 31/12/2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet di Villa Serena -Cassino
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio do Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
5. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – 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)"
6. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
7. D.P.R. 14/01/97 "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"
8. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
9. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
10. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
14. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
15. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
16. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena

17. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
18. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
19. 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
20. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
21. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
22. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- 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.
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live