Piano Annuale Rischio Sanitario

(P.A.R.S.)

Casa di Cura ICOT di Latina

Anno 2022

1. PREMESSA 2
2. IL CONTESTO TERRITORIALE 2
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO 3
3.1 DATI STRUTTURALI 3
3.2 DATI DI ATTIVITÀ 4
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 4
4.1 EVENTI SEGNALATI NEL 2021 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017) 4
4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017) 5
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 5
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 5
7. MATRICE RESPONSABILITÀ 8
8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO 9
8.1 OBIETTIVI 9
8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO 9
9. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 13
9.1 OBIETTIVI 13
9.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 14
10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS 18
11. RIFERIMENTI 18
12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 19

Data:	Emesso da:	Approvato da:	
20-02-2022	Clinical Risk Manager: Dott. Angelo Boumis	Direttore Generale: Dott. Massimo Miraglia	
		Direttore Sanitario: Dott. Angelo Boumis	
		Direttore Amministrativo: Dott. Roberto Ciceroni	

1. PREMESSA

L'Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico (ICOT) è un a Casa di Cura accreditata, appartenente al Gruppo GIOMI, operante nel Lazio, nell'ambito territoriale della ASL Latina, sita in via F. Faggiana, 1668.

2. IL CONTESTO TERRITORIALE

La Casa di Cura ICOT è situata alle porte di Latina sul territorio della ASL di Latina Distretto 2 (vedi fig.1) che comprende 5 Comuni per un totale di 164.978 abitanti: Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta, Sabaudia
densamente popolata con indice medio di vecchiaia alto pari a 182,3 (dati naz. 148,6) in cui sono concentrate un grosso numero di strutture sanitarie sia di pertinenza della Asl che strutture per acuti del SSR come esplicitato nella fig. 1 per un totale di 6800 posti letto per acuti.

Figura 1. Estensione distretto sanitario 2

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

3.1 DATI STRUTTURALI

TIPOLOGIA P.L.	ORD	DH/DS	ISOLAMENTO
AREA ACUTI	**243**	**15**	
AREA MEDICA	23	2	
UOC CARDIOLOGIA	9		
UOC MEDICINA INTERNA	12		
UOSD NEFROLOGIA	2		
UNI DH MULTIDISCIPLINARE		2	
AREA CHIRURGICA	220	13	
UOC CHIRURGIA	8		
UOC ORTOPEDIA	8		
UOC UROLOGIA	8		
UNI DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		4	
ORTOPEDIA	196	9	
RIABILITAZIONE	**109**	**12**	
UOC RIABILITAZIONE	12	2	
RIABILITAZIONE	97	10	
AREA CRITICA	**11**		
UOC UTIPO	4		
TIPO	4		
UTIC	3		
ISOLAMENTO			3
HOSPICE RESIDENZIALI	**10**		
DIALISI	**19**		2
HOSPICE DOMICILIARI		**40**	

N° 2 Blocchi Operatori composti da:

- Edificio A: N° 7 sale operatorie
  N° 1 Sala Chirurgica ambulatoriale /endoscopia digestiva
- Edificio B: N° 2 Sale operatorie
  N° 1 Sala emodinamica

N° 2 Terapie intensive

N° 1 Pronto soccorso

3.2 *DATI DI ATTIVITÀ*

	Anno 2020	Anno 2021
Dimissioni acuti (ordinari, DH/DS)	4242	7106
Dimissioni riabilitazione (ordinari, DH)	1550	1461
Accessi di P.S.	14070	16008
Prestazioni ambulatoriali esterni:		
Laboratorio Analisi	16927	22028
Ortopedia	11963	18814
Cardiologia	650	5207
Radiografie	7644	9628
FKT	4396	1271
RMN	6914	9645
EMG	19722	30839
APA	257	401
Totale	88335	122408
Totale escluso Laboratorio	71408	100380

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

4.1 *EVENTI SEGNALATI NEL 2021 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017)*

Tipo di evento	Numero e % sul totale	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss / Eventi senza danno	N° 157 (99,4%)	157 (100%)	Strutturali (70%) Tecnologici (10%) Organizzativi (20%) Procedure/Comunicazione (0%) Altro (0%)	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	IR (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovigilanza (0%) Dispostivovigilanza (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi	N° 1 (0,6%)	1 (100%)			
Eventi Sentinella	N° 0 (0%)	N° 0 (0%)			
Totale	N° 158 (100%)				

4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017)

Anno	N° sinistri	Risarcimenti erogati
2017	36	0
2018	30	0
2019	33	0
2020	34	0
2021	27	0
Totale	**160**	**0**

La tabella fa riferimento esclusivamente a ai sinistri e ai risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura come ad esempio danni a cose, smarrimento di oggetti, etc.

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Istituto, in quanto facente parte del Gruppo GIOMI, opera in regime di ritenzione del danno.

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito è riportato l'esito delle attività programmate nel PARM relativo all'anno 2021.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti	**NO**	Causa Pandemia riprogrammato e inserito nel piano formazione del 2022 (ai nuovi assunti viene comunque consegnato un cd contenente PARM e PAICA)
Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 2: Riunioni coi Facilitatori del Rischio Clinico	**NO**	Causa Pandemia gli incontri saranno riprogrammati al termine dello stato di emergenza
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	**Realizzata**	**Stato di attuazione**

Attività 3: Emissione della procedura sulla gestione delle lesioni da pressione	**NO**	Procedura in stato di bozza
Attività 4: Revisione della procedura sul Buon Uso del Sangue	**NO**	Procedura in stato di bozza
Attività 5: Revisione della procedura sulla Gestione del Dolore	**NO**	Procedura in stato di bozza
Attività 6: Revisione della procedura e scheda per la valutazione del rischio tromboembolico	**NO**	Procedura in stato di bozza
Attività 7: Promozione delle segnalazioni e delle analisi dei quasi eventi ed eventi avversi e organizzazione di Audit	**NO**	
Attività 8: Implementazione Cartella Informatizzata in Area Chirurgica	**SI**	Implementata la cartella di pertinenza medica nel 75% dei casi trattati
Attività 9: Implementazione Cartella Informatizzata in Area Riabilitativa	**SI**	Implementata la cartella di pertinenza medica
Attività 10: Implementazione Cartella Informatizzata in Area Ambulatoriale	**SI**	Implementata la cartella nel 90% dell'attività

Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 11: Certificazione del "Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro" second la norma ISO 45001	**SI**	

Obiettivo D): Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 12: Partecipazione al tavolo regionale permanente dei Risk Manager.	**NO**	Il risk manager ha concentrato la sua attività al contenimento del Covid-19 all' interno della Casa di Cura

Complessivamente sono state realizzate 4 attività rispetto alle 12 attività previste per l'anno 2021, ossia il 33,3% del totale.
Oltre alle attività sopra riportate, nel corso dell'anno 2021, è stato condotto un monitoraggio sulla corretta applicazione della procedura per la prevenzione delle cadute.

Di seguito è riportato l'esito delle attività programmate nel PAICA relativo all'anno 2021.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	**SI**	Eseguita formazione interna su prevenzione infezioni, modalità prelievo campioni microbiologici e stewardship antibiotica nel mese di novembre 2021
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sull'antibiotico-resistenza e sul corretto impiego degli antibiotici.	**SI**	Eseguita formazione interna su prevenzione infezioni, modalità prelievo campioni microbiologici e stewardship antibiotica nel mese di novembre 2021. Riprogrammato corso nel piano della formazione 2022.
Attività 3: Promozione della partecipazione degli operatori ai programmi formativi residenziali o FAD organizzati a livello nazionale, regionale o locale sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA e sul corretto uso degli antibiotici	**NO**	Causa Pandemia riprogrammato e inserito nel piano formazione del 2022
Obiettivo b): 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 CPE		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 4: Programmazione ed esecuzione dell'indagine di prevalenza sulle ICA	**NO**	Causa Pandemia l'indagine di prevalenza sulle ICA è riprogrammata per l'anno 2022
Attività 5: Definizione e implementazione del modello di sorveglianza attiva con tampone rettale/coprocoltura delle colonizzazioni o infezioni da CPE	**NO**	Procedura in bozza
Attività 6: Definizione e implementazione delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE	**NO**	Procedura in bozza
Attività 7: Definizione e implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE	**NO**	Procedura in bozza
Attività 8: Identificazione del referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA	**SI**	Vedi verbale CC-ICA del 19-02-2020
Attività 9: Definizione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*	**NO**	Procedura in bozza
Attività 10: Implementazione delle linee di indirizzo regionali sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria	**SI**	Report monitoraggio semestrale cartelle cliniche

Attività 11: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CPE	**SI**	La Direzione Sanitaria in data 21/02/22 ha inviato report infezioni e statistica batteriologica 2021 a tutti i reparti
Attività 12: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze	**SI**	La Direzione Sanitaria in data 21/02/22 ha inviato report infezioni e statistica batteriologica 2021 a tutti i reparti
Attività 13: Identificazione referente per lo sviluppo dei programmi per il buon uso degli antibiotici nel CC-ICA	**SI**	Vedi verbale CC-ICA del 19-02-2020
Attività 14: Diffusione report alle UU.OO. sul consumo di antibiotici e sul consumo di prodotti idroalcolici	**SI**	Il servizio farmaceutico ha fornito i dati 2021 sul consumo del gel idroalcolico e degli antibiotici

Complessivamente sono state realizzate 8 attività rispetto alle 14 attività previste per l'anno 2021, ossia il 57% del totale.

Si specifica che oltre alla attività programmate per l'anno 2021, a causa del perdurare dell'emergenza pandemica, le attività di gestione del rischio infettivo si sono concentrate sulla gestione della diffusione dell'infezione da Sars-Cov-2.

In questo ambito l'Istituto ha provveduto a:

1. Organizzazione del Centro per vaccini anti-COVID, secondo le modalità contenute nel Protocollo di intesa firmato tra ICOT e la Azienda USL di Latina.
2. Organizzazione del Centro per l'esecuzione dei tamponi antigenici e molecolari, secondo le modalità contenute nel Protocollo di intesa firmato tra ICOT e la Azienda USL di Latina.
3. Organizzazione del Reparto di isolamento temporaneo per casi COVID in attesa di trasferimento in setting dedicati.
4. Redazione della Procedura di regolamentazione per gli accessi in Struttura (I75-05-59)
5. Redazione della Procedura di regolamentazione per gli accessi in Hospice (I64-09-01)

Si segnala, inoltre, che è proseguita l'attività di monitoraggio della corretta esecuzione del lavaggio sociale e antisettico delle mani utilizzando l'apposita check list elaborata dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Tale attività è stata condotta dalle CSSA.

7. MATRICE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti responsabilità:

- Il Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del piano ad esclusione di quella sul rischio infettivo Invia il PARS CRRC;
- Il Direttore Sanitario, in qualità di Coordinatore del CCICA redige e monitora l'implementazione della parte del piano specifica sul rischio infettivo
- Responsabile Affari Generali/Affari Legali: redige la parte del piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa
- Direzione Strategica Aziendale/Proprietà: si impegna ad adottare il PARS e a fornire all' Organizzazione le risorse opportune e le opportune direttive per la realizzazione delle attività del Piano.

Azione	Direttore Sanitario/Presidente del CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Generali /Legali	Direttore Generale/ Proprietà	Direttore Amministrativo	Strutture Amm.ve e Tecniche di Supporto
Redazione PARS	R	R	C	C	C	-
Adozione del PARS	C	C	I	R	C	-
Monitoraggio PARS	R	R	I	I	C	C
R= Responsabile C=Coinvolto I=Interessato						

8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO

8.1 OBIETTIVI

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio NON infettivo:

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.

8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO

In coerenza con quanto previsto dalle LL.GG. regionali per la redazione del PARS sono state individuate per l'anno 2022 le seguenti attività di gestione del rischio sanitario NON infettivo, declinate all'interno dei tre obiettivi strategici:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

1. Corso base "Gestione del rischio clinico" per gli operatori non formati precedentemente e i neoassunti

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.

2. Valutazione spirometrica preoperatoria dei pazienti post-COVID secondo criteri definiti per la prevenzione degli eventi avversi intra e post operatori
3. Almeno un audit clinico per area funzionale
4. Monitoraggio CL Sala Operatoria e revisione della procedura
5. Redazione procedura prevenzione rischio nutrizionale e monitoraggio della corretta applicazione
6. Implementazione Cartella Informatizzata nei reparti a direzione universitaria
7. Completamento dell'implementazione della cartella clinica informatizzata in area chirurgica

C. **Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

8. Certificazione sistemi qualità salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSSLL)
9. Strutturazione questionario soddisfazione utenti con rilevazione della qualità percepita rispetto alle prestazioni clinico-assistenziali

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti		
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31 dicembre 2022		
Standard: sì – attestato di partecipazione		
Fonte: CRM, Ufficio Formazione e RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Ufficio Formazione e RAQ**
Organizzazione Corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	C

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: Valutazione spirometrica preoperatoria dei pazienti post-COVID secondo criteri definiti per la prevenzione degli eventi avversi intra e post operatori			
Indicatore 1: Redazione della procedura aziendale con la definizione dei criteri			
Indicatore 2: raccolta dei casi di pazienti post-COVID con complicanze respiratorie intra e post operatorie			
Standard Indicatore 1: redazione procedura aziendale entro 31-03-2022			
Standard Indicatore 2: raccolta del dato			
Fonte: UU.OO. Anestesia e Rianimazione.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico**	**UU.OO. Anestesia**
Redazione procedura	I	I	R
Autorizzazione/diffusione	I	R	I
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo corretta applicazione	C	C	R

Attività 3: Organizzazione audit clinici
Indicatore: Almeno un audit clinico all'anno per Area Funzionale

Standard: sì – presenza di almeno un audit per area funzionale

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	UU.OO.
Organizzazione audit	R	C
Effettuazione audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

Attività 4: Revisione procedura CL Sala Operatoria e monitoraggio corretta applicazione

Indicatore: Pubblicazione della procedura revisionata e effettuazione monitoraggio semestrale della corretta applicazione

Standard: sì – presenza della procedura approvata sull'intranet aziendale e presso le UU.OO. e presenza report monitoraggio

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria / Servizio Infermieristico	UU.OO.
Redazione procedura	C	R	C
Autorizzazione/diffusione	I	R	C
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo attuazione procedura	C	R	C

Attività 5: Redazione procedura Rischio Nutrizionale e monitoraggio corretta applicazione

Indicatore: Pubblicazione della procedura revisionata e effettuazione monitoraggio semestrale della corretta applicazione

Standard: sì – presenza della procedura approvata sull'intranet aziendale e presso le UU.OO. e presenza report monitoraggio

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO., Dietista

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria / Servizio Infermieristico	UU.OO.
Redazione procedura	C	R	C
Autorizzazione/diffusione	I	R	C
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo attuazione procedura	C	R	C

Attività 6: Implementazione Cartella Informatizzata nei reparti a direzione universitaria

Indicatore: UU.OO. di area universitaria in cui è stata implementata la Cartella Clinica Informatizzata entro il 31-12-2022

Standard: 75% delle UU.OO. interessate
Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Aziendale	Direzione Sanitaria	Operatori
Formazione del personale	R	I	C
Utilizzo della Cartella Informatizzata	I	C	R
Controllo sulla corretta applicazione	C	R	I

Attività 7: Completamento dell'implementazione della cartella clinica informatizzata in area chirurgica
Indicatore: implementazione della cc informatizzata nelle UU.OO. chirurgiche restanti entro il 31-12-22
Standard: 100% delle UU.OO. restanti
Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Aziendale	Direzione Sanitaria	Operatori
Formazione del personale	R	I	C
Utilizzo della Cartella Informatizzata	I	C	R
Controllo sulla corretta applicazione	C	R	I

Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività 8: Certificazione ISO 45001
Indicatore: Ottenimento del certificato ISO 45001 entro il 30-06-2022
Standard: si – Presenza del certificato
Fonte: SPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	RAQ	SPP	CRM	Direzione Aziendale
Domanda certificazione	C	C	C	R
Preparazione documentazione	C	R	C	I
Svolgimento audit certificazione	C	R	C	C

Attività 9: Strutturazione questionario soddisfazione utenti con rilevazione della qualità percepita rispetto alle prestazioni clinico-assistenziali
Indicatore: Elaborazione del questionario e analisi dei risultati
Standard: sì – Presenza del questionario e delle elaborazioni
Fonte: RQA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	RAQ	Coordinatori Infermieristici/ Assistenti sociali	Direzione Aziendale
Redazione questionario	R	I	C
Autorizzazione questionario	I	I	R
Somministrazione questionari	I	R	I
Diffusione dei risultati	R	I	I

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

9.1 OBIETTIVI

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio infettivo:

A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo*:
   1. Organizzazione di attività informative/formative degli operatori sul monitoraggio e sulla prevenzione delle ICA **(FR)**;
   2. Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici **(FR)**;

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:*
   1. Allegare il Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse **(M)**.

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:*
   1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE **(FR)**;
   2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
   3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE **(M)**;
   4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert **(FR)**;

5. Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria **(FR)**;
6. Elaborazione di report su:
   a) Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
   b) Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
   a) Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile;
   b) Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
   c) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
   d) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobical stewardship*) **(M)**.

N.B. le attività contraddistinte dalla sigla (FR) sono fortemente raccomandate mentre quelle contraddistinte dalla sigla (M) sono mandatorie

9.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Sulla scorta degli obiettivi strategici regionali l'Istituto ha deciso di concentrare la propria attività per l'anno 2022 sui seguenti aspetti:

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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA.		
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31-12-2022		
Standard: sì		
Fonte: CCICA E Ufficio Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCICA**	**RAQ e Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sull'antibiotico-resistenza e sul corretto impiego degli antibiotici.
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31 dicembre 2022
Standard: sì

Fonte: CCICA e Ufficio Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCICA**	**RAQ e Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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: Elaborazione del piano aziendale sull'Igiene delle Mani		
Indicatore: Elaborazione del piano 2022 e analisi dei risultati dell'autovalutazione		
Standard: sì		
Fonte: Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCICA**	**Gruppo di rilevazione**
Programmazione dell'indagine	R	I
Compilazione delle schede di rilevazione	I	R
Elaborazione dei dati	R	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 e implementazione del modello di sorveglianza attiva con tampone rettale/coprocoltura delle colonizzazioni o infezioni da CPE			
Indicatore: procedura per la sorveglianza attiva delle infezioni da CPE ed esecuzione dei tamponi rettali entro il 31-12-2022			
Standard: sì			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/CSSA**
Individuazione delle strategie di sorveglianza attiva	R	C	C
Stesura delle procedure di	I	R	C

sorveglianza attiva			
Implementazione delle procedure di sorveglianza attiva	I	C	R
Monitoraggio delle procedure di sorveglianza attiva	I	C	R

Attività 5: Definizione e implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE			
Indicatore: procedura per la trasmissione delle batteriemie e report delle batteriemie da CRE			
Standard: sì			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/CSSA**
Individuazione delle modalità di alimentazione del flusso	R	I	C
Stesura della procedura di controllo della trasmissione	R	I	C
attuazione delle procedure di controllo della trasmissione	I	R	C

Attività 6: Definizione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*			
Indicatore: procedura per la per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert* entro il 31-03-2022			
Standard: sì			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/CSSA**
Individuazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati di sorveglianza	R	I	C
Stesura della procedura di raccolta e flusso dei dati di sorveglianza	I	R	C
Attuazione delle procedure di sorveglianza	I	R	C

Attività 7: Implementazione delle linee di indirizzo regionali sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria		
Indicatore: report di monitoraggio della corretta applicazione dell'antibioticoprofilassi peri-operatoria con cadenza semestrale		
Standard: sì – presenza di almeno due report annuali		
Fonte: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCICA**	**Direzione Sanitaria/CSSA**

Analisi delle cartelle cliniche	I	R
Stesura del report	I	R

Attività 8: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CPE			
Indicatore: report di monitoraggio delle infezioni/colonizzazioni da CPE con cadenza semestrale			
Standard: sì			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del Report	I	I	R

Attività 9: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze			
Indicatore: report di monitoraggio sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze con cadenza semestrale			
Standard: sì – presenza di almeno due report annuali			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Servizio Farmaceutico**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del Report	I	I	R

Attività 9: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobical stewardship)			
Indicatore: Redazione e diffusione procedura per antibiotico terapia empirica e monitoraggio corretto uso antibiotici su campione cartelle cliniche			
Standard: sì			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Servizio Farmaceutico**	**Direzione Sanitaria**
Elaborazione procedura	C	C	R
Verifica procedura	R	I	C
Monitoraggio procedura	C	R	C

10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS approvato dalla Direzione Generale avrà le seguenti modalità di diffusione:

1. Presentazione del PARS ai Facilitatori del Rischio Clinico in occasione della prima riunione utile;
2. Invio a mezzo e-mail ai Responsabili Medici e Caposala di tutti Reparti / Servizi;
3. Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei FRC;
4. Pubblicazione sulla Intranet Aziendale;
5. Pubblicazione sul sito Internet Aziendale.

Il PARS sarà inoltre inviato a mezzo e-mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2022 al Centro Rischio Clinico della Regione Lazio, come previsto dalla determina regionale G00643 del 25/01/2022 e dalla comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U.0098868.01-02-2022.

11. RIFERIMENTI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità*;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "*Lotta contro le Infezioni Ospedaliere*";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "*Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza*";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "*Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131*";
9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*";
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti*'";
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie*";

12. Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 "*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*".
13. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "*Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017*";
14. Determinazione regionale n. G05584 del 27 aprile 2018 recante: "*Approvazione del Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)*".
15. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "*Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico*".
16. Determinazione regionale n. G00163 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*".
17. Determinazione regionale n. G00164 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*".
18. Comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020 recante: "*Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020*".
19. Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante: "*Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*".

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori – sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. 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;;