

**CLINICA
SAN MICHELE ARCANGELO S.P.A.**

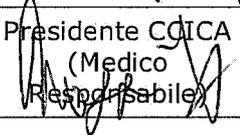
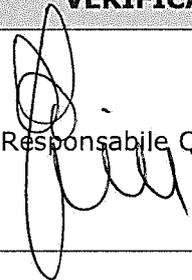
Residenza Sanitaria Assistenziale – Mantenimento Alto

Via dei Sestili, 18
00174 – Roma
Tel: 0676902864
Fax: 0676902672

Mail: clinica.sanmichele@libero.it
Sito: <http://www.sanmichelearcangelospa.it/>

**PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO**

MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/01	09/02/2024	 Risk Manager  Presidente COICA (Medico Responsabile)	 Responsabile Qualità	 Datore di Lavoro



INDICE

1.	PREMESSA	3
1.1.	SCOPO	4
2.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	6
3.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	7
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	7
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	8
4.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	8
5.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	8
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	10
7.1.	OBIETTIVI	10
7.2.	ATTIVITÀ.....	11
8.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	14
9.	RIFERIMENTI NORMATIVI	14
10.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	15
	ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI	17

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)** è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo 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;*
- *Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.*

Regione Lazio – Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. è una Residenza Sanitaria Assistenziale destinata ad accogliere ospiti di Mantenimento Alto.

È composta da 48 posti letto, autorizzati e accreditati con il Servizio Sanitario Regionale con DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013, organizzati in camere da 3 o 4 ospiti ciascuna, tutte con bagno interno e piatto doccia a pavimento. Inoltre, come stabilito dal DCA Regione Lazio n. 552/2017 che prevede la verifica quinquennale di tutti i dipartimenti e le UOC della ASL di riferimento, la RSA ha ottemperato tutti i requisiti giuste note della ASL ROMA 2 Protocollo 0067219 del 10/04/2019 e Protocollo 0076427 del 29/04/2019 con conseguente rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento.

Gli Ospiti delle RSA sono persone anziane con poli patologie tali da impedire loro una vita autonoma a casa e con problematiche sociali.

La *Mission* nonché importantissimo obiettivo della Clinica San Michele Arcangelo S.p.A. è fornire le migliori cure in un clima di umanizzazione orientato alla soddisfazione degli Ospiti e basato sulla qualità, l'efficienza e l'efficacia delle cure.

È, altresì, necessario il miglioramento e mantenimento delle residuali autonomie.

L'attenzione all'Ospite viene effettuata con una valutazione multidisciplinare dello stesso che consente di predisporre adeguati piani di intervento soggetti a valutazione ed aggiornamento.

Al PAI collaborano in equipe Medico Responsabile, Medico di Medicina Generale, i Care Manager, i Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali, Psicologo e Assistente Sociale, nel pieno rispetto degli standard sanciti dalla Regione.

CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO

DATI STRUTTURALI (A)

		Fonte del dato
ASL competente	ASL RM 2	/
Posti letto ordinari autorizzati	48	DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013
di cui Posti letto ordinari Accreditati	48	DCA Regione Lazio n. 00263 del 26/06/2013

(A): Dati aggiornati al 09/02/2024

DATI DI ATTIVITÀ (A)

		Fonte del dato
Giornate di degenza	16.618	Ufficio Amministrativo
Prestazioni ambulatoriali	/	/
Prestazioni domiciliari	/	/

(A): Dati aggiornati al 09/02/2024

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Clinica San Michele Arcangelo S.p.A., nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (nel seguito, semplicemente CC-ICA) è stato istituito nel 2018 e, a seguito di varie integrazioni dovute perlopiù ad avvicendamento del personale interno, risulta, ad oggi, composto da:

- Medico Responsabile: Dott. Francesco Rossi.
- Risk Manager: Dott.ssa Luana Pompilio
- Coordinatore Infermieristico: Dott.ssa Marta Benedetti
- Amministratore Unico: Prof. Mauro Spallone.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, la struttura si è dotata di un modello di rilevazione e monitoraggio e di una scheda di rilevazione infezioni a consuntivo.

Nel corso dell'anno 2023 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto, la struttura ha revisionato e implementato le attività e le procedure richieste dal Piano stesso.

In accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di accertamento, si procede alla segnalazione del caso a parenti e operatori, oltre ovviamente all'uso dei DPI. Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

In caso di sospetto Covid si procede all'isolamento dell'Ospite, utilizzo dei DPI, controllo parametri vitali, comunicazione al SISP ed eventuale suo trasferimento previa comunicazione al Medico di Medicina Generale.

Infine, per quanto riguarda l'attuale uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, la struttura è dotata di dispenser, monitorati e puntualmente gestiti.

Per quanto riguarda il Covid-19, la Struttura non ha registrato casi ma ha mantenuto la vigilanza nel rispetto delle normative e delle indicazioni di riferimento.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

**3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)**

Nell'anno 2023 presso la R.S.A. sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate- goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	25	100	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	25	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi, in cui possiamo distinguere: 22 infezioni urinarie e 3 LDP.

Per le infezioni urinarie si rileva che le giornate di degenza anno 2023 sono state n. 16.618 contro le 14.265 anno 2022. Dall'analisi effettuata dopo Audit è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti trattati con comorbilità multiple, mobilità ridotta e portatori di catetere. Nel I semestre 2023 i casi registrati sono stati n. 18, nel II semestre 2022 n. 4. Viste le risultanze con un andamento positivo si decide di rimanere in monitoraggio per l'anno 2024 non cambiando le procedure adottate.

Per quanto riguarda le LDP registrate, in considerazione della tipologia di Ospiti e delle modalità con cui sono avvenuti gli eventi, non si è ritenuto necessario intervenire a livello di processo ma si è deciso di intervenire nella gestione dei casi specifici.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea la pronta gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

Nell'anno 2023 si registra l'assenza di cadute occorse in struttura.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2023 presso la R.S.A. sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate- goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	25	100	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	25	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi, in cui possiamo distinguere: 22 infezioni urinarie e 3 LDP.

Per le infezioni urinarie si rileva che le giornate di degenza anno 2023 sono state n. 16.618 contro le 14.265 anno 2022. Dall'analisi effettuata dopo Audit è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti trattati con comorbilità multiple, mobilità ridotta e portatori di catetere. Nel I semestre 2023 i casi registrati sono stati n. 18, nel II semestre 2022 n. 4. Viste le risultanze con un andamento positivo si decide di rimanere in monitoraggio per l'anno 2024 non cambiando le procedure adottate.

Per quanto riguarda le LDP registrate, in considerazione della tipologia di Ospiti e delle modalità con cui sono avvenuti gli eventi, non si è ritenuto necessario intervenire a livello di processo ma si è deciso di intervenire nella gestione dei casi specifici.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea la pronta gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

Nell'anno 2023 si registra l'assenza di cadute occorse in struttura.

**3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)**

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
Totale	0	0	0

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2019	46190625	2020	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2020	46190625	2021	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	46190625	2022	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	46190625	2023	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2023	46190625	2024	Helvetia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	SI	DA COMPLETARE
2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	DA COMPLETARE
3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	SI	IMPLEMENTATA
4: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani	SI	
5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	IMPLEMENTATE

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

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Medico Responsabile/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna 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 impegna 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	Medico Respons. / Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Amministratore Unico	Ufficio Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	R	C	C	/
Adozione PARS	I	I	I	R	C	/
Monitoraggio PARS	R	R	C	I	C	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

7.1. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- 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 e il miglioramento negli anni successivi;
- promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici.**

7.2. ATTIVITÀ

7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%		FONTE: Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER		DIREZIONE
Progettazione Corso	C		R
Accreditamento Corso	C		R
Esecuzione Corso	C		R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%		FONTE: Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER		DIREZIONE
Progettazione Corso	R		C
Accreditamento Corso	C		R
Esecuzione Corso	R		I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%		FONTE: Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER		DIREZIONE
Revisione	R		C
Informazione/formazione personale	R		C
Verifica implementazione	R		C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround*

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE
SULL'IGIENE DELLE MANI**

**ATTIVITÀ 5: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale
sull'Igiene delle Mani**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

Monitoraggio e mantenimento Piano

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 6: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%		FONTE: CC-ICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE	
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R	
Definizione modello di sorveglianza	C	R	
Definizione misure di controllo	C	R	
Definizione gestione flusso nazionale	C	R	
Revisione/Elaborazione procedura	C	R	
Informazione/formazione personale	C	R	
Verifica implementazione	C	R	

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 7: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31/12/2024

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza		FONTE: OMS	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE	
Elaborazione report	C	R	
Compilazione report	C	R	
Condivisione risultati	C	R	

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione su home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura;
- invio al CRRC.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- 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";
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- 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";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).

- 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";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
- Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025.

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- 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&menu=formazione
- 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
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023 e U. 0091714 del 22/01/2024, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

ATTIVITÀ EFFETTUATE 2023

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	SI	È STATO RAGGIUNTO PER TUTTI I LIVELLI ALMENO IL LIVELLO INTERMEDIO
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	SI	12/12/2023
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	SI	12/12/2023
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	SI	12/12/2023
5: Esecuzione Audit dedicato	SI	DALL'AUDIT NON SONO EMERSE CRITICITÀ O NON CONFORMITÀ
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	SI	
7: Formazione del Personale	SI	SVOLTA PIU' DI UNA FORMAZIONE NELL'AMBITO DELL'ANNO 2023
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	SI	

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2024

ATTIVITÀ	OBBIETTIVO	DATA
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	31/12/2024
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	RIVALUTAZIONE	31/12/2024
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	RIVALUTAZIONE	31/12/2024
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	RIVALUTAZIONE	31/12/2024
5: Esecuzione Audit dedicato - almeno 2	2 Audit	31/12/2024
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	1 analisi	31/12/2024
7: Formazione del personale	1 evento	31/12/2024
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2024

Verbale di Audit Clinico

AUDIT CLINICO

VERBALE DI RIUNIONE N°

0 0 0 1

22.01.2024

Clinica San Michele Arcangelo RSA (RM) VIA DEI SESTILI N. 18

sono presenti:

Medico Responsabile

Risk Manager

Coordinatore Infermieristico

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

In data 02 02 2022 è stato introdotto il PARS, la nostra RSA si è posta i seguenti obiettivi :

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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 enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE);
- C. Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale

Per poter monitorare le ICA ed il contenimento dell'uso degli antibiotici nella nostra RSA abbiamo instaurato la scheda di monitoraggio delle infezioni e dell'antibiotico. Inoltre, in data 09 02 2021 è stato inserito il modello M 7.5.31 " Scheda cambio catetere " .

Nell' Audit II semestre 2023 i casi vengono così ripilogati :

Luglio : n. 0 casi

Agosto : n. 1 caso portatore di catetere

Settembre : n. 0 casi

Ottobre : n. 1 caso portatore di catetere

Novembre : n. 1 casi portatore di catetere

Dicembre : n. 0 casi

Passiamo ora alla disamina nel secondo semestre 2023 dei casi di infezione verificatesi nella

Verbale di Audit Clinico

nostra RSA.

Il totale delle infezioni II semestre 2023 sono state n. 4 :

N. 1 caso di Enterococcus SPP trattato con : Tazocin

N. 1 caso di Provv. Stuarti trattato con : Tazocin

N.1 caso di Proteus Mirabilis trattato con : Ceftriaxone

N. 1 caso di Pseud Auruginosa trattato con : Ceftriaxone

CONCLUSIONI

L' audit del I semestre si era concluso con la registrazione di n. 18 casi . Il coordinatore ha vigilato e formato le figure professionali interessate . Nel II semestre 2023 la RSA ha registrato solo n. 4 casi . In ogni caso sono stati organizzati due corsi ECM con indirizzo specifico : 1) Infezioni correlate all'assistenza : Igiene delle Mani ; 2) Infezioni delle vie urinarie .

Raccolta Firme per condivisione e approvazione:

Medico Responsabile _____

Risk Manager _____

Il Coordinatore _____