



# TOLFACARE S.R.L. QUINTA STELLA

Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Antonio Gramsci, 1  
00059 – Tolfa (RM)  
Tel: 076693911  
Fax: 076692099

Mail: [info@quintastella.it](mailto:info@quintastella.it)  
Sito: [http:// www.quintastella.it](http://www.quintastella.it)

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/01	10/02/2023	Risk Manager	Direttore Generale	Datore di Lavoro
		Presidente CCICA (Medico Responsabile)		
		Ufficio Legale		

**INDICE**

<b>1.</b>	<b>PREMESSA</b> .....	3
1.1.	SCOPO.....	4
<b>2.</b>	<b>CONTESTO ORGANIZZATIVO</b> .....	5
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	7
2.2.	SARS-COV-2.....	7
<b>3.</b>	<b>RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI</b>	
<b>EROGATI</b>	.....	9
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI .....	9
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO.....	10
<b>4.</b>	<b>DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</b> .....	11
<b>5.</b>	<b>RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE</b> .....	12
<b>6.</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....	13
<b>7.</b>	<b>OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO</b> .....	14
7.1.	OBIETTIVI.....	14
7.2.	ATTIVITÀ .....	15
<b>8.</b>	<b>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS</b> .....	17
<b>9.</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	17
<b>10.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	18

## 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 Residenza Quinta Stella ha una ricettività complessiva di 96 posti e svolge le funzioni di casa di riposo e di residenza sanitaria assistenziale; può accogliere, quindi, persone anziane di ogni grado di autonomia funzionale, dalla piena autosufficienza alla più grave non autosufficienza; garantendo, in tal modo, una effettiva continuità assistenziale. Le due differenti tipologie di funzione - RSA e Casa di Riposo - si differenziano per le finalità perseguite e le risorse dedicate ma si integrano nell'offerta di servizi superando le rigide distinzioni normative e ampliando, in tal modo, le opportunità assistenziali nella più ampia garanzia di integrazione professionale, istituzionale e organizzativa. Ogni Ospite della Residenza può avvalersi, al bisogno, dei servizi presenti nella struttura al di là della specifica connotazione del nucleo in cui è inserito. Il modulo di Casa di Riposo è riservato agli anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti mentre la Residenza Sanitaria Assistenziale è riservata agli anziani non autosufficienti.

La Casa di Riposo è autorizzata all'esercizio con Autorizzazione n. 3 del 01.10.2014 rilasciato dal Comune di Tolfa.

Il modulo di Casa di Riposo è costituito da 38 posti letto, in camere doppie e singole. A richiesta le camere doppie possono essere assegnate anche a uso singolo. L'ospitalità nel modulo di Casa di Riposo può essere sia permanente sia temporanea. I cicli di ricovero temporaneo possono essere utilizzati sia per consentire periodi di sollievo alla famiglia sia per completare cicli di riabilitazione oppure per trascorrere periodi di soggiorno assistito.

Gli Ospiti della Casa di Riposo sono dunque assolutamente tutelati per ogni necessità che si dovesse insorgere.

La RSA è autorizzata all'esercizio con Determinazione Regionale n. B06154 del 14.09.2012 e in possesso del provvedimento di accreditamento istituzionale definitivo N.U00203 del 06.06.2016, classificata al livello assistenziale: Mantenimento A. La RSA ha una ricettività di 58 posti letto articolati in tre nuclei, due dei quali riservati a persone con Alzheimer o altre forme di demenza. L'articolazione in tre diversi nuclei garantisce l'erogazione di livelli assistenziali dimensionati sui bisogni effettivi degli Ospiti e una assistenza personalizzata. Sono disponibili camere doppie e singole. La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura sanitaria che garantisce un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera e livelli medio-alti di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. È destinata all'accoglienza di persone anziane non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatrici di patologie stabilizzate di natura fisica, psichica, sensoriale e mista. L'ospitalità può essere anche temporanea per consentire alla famiglia di usufruire di periodi di sollievo oppure per completare cicli di assistenza e riabilitazione già iniziati presso una struttura ospedaliera. L'ospitalità temporanea può essere prevista anche solo come accoglienza diurna.

Uno degli elementi di eccellenza della RSA Quinta Stella è la presenza di due nuclei destinati all'accoglienza di persone affette da Alzheimer o da altre forme di demenza.

## RSA QUINTA STELLA

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
ASL competente	ASL RM 4	
Posti letto Autorizzati Casa di Riposo	38	Aut. Comune n°3 del 1.10.2014
Posti letto Autorizzati RSA	58	Det. Reg B06154 DEL 14.09.2012
Posti letto Accreditati RSA	57	DCA U00203 DEL 06.06.2016

(A): Dati aggiornati al 02/02/2022

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	20408	Ufficio ricoveri
Prestazioni ambulatoriali	0	
Prestazioni domiciliari	0	

(A): Dati aggiornati al 31.12.2022

## 2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La RSA Quinta Stella, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

In considerazione dell'impatto che le infezioni correlate all'assistenza hanno sull'assistenza stessa e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2023 (in precedenza previsto per l'anno 2022 ma rinviato causa Covid-19) si prevede una valutazione di eventuali implementazioni del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza. A tal fine, anche per ottemperare alle richieste normative nazionali e regionali, verrà introdotta una procedura di gestione del Comitato stesso, in relazione alle altre attività, con cui, tra l'altro, verranno definiti ruoli, programmi e periodicità di incontro.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, in accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di sospetto, si procede all'isolamento del Paziente e 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.

## 2.2. SARS-COV-2

Come noto, anche l'anno 2022, come il precedente, è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia mondiale di Sars-CoV-2.

La RSA Quinta Stella ha da subito messo in opera tutte le procedure e i protocolli atti al contenimento e alla prevenzione della pandemia, nel rispetto delle varie Ordinanze e dei Decreti che via via si sono susseguiti. Ciò ha permesso di intervenire tempestivamente nel contenimento del cluster che si era sviluppato e di non riportare alcuna conseguenza nefasta.

La Struttura ha puntualmente analizzato e gestito le necessità emerse e le indicazioni derivanti da Ordinanze e Decreti. In particolare, oltre agli aggiornamenti specifici relativi al D.Lgs. 81/08 e al Regolamento UE 2016/679, sono stati implementati diversi nuovi documenti, procedure operative e moduli di gestione; al fine di tenere sotto controllo tutto il processo.

Oltre alla gestione delle attività sopraelencate, e agli incontri tra i vari Responsabili, sono state effettuate diverse riunioni per rendicontare le attività e per deliberare, di volta in volta, le azioni di miglioramento più idonee al contrasto e alla prevenzione dell'infezione.

Inoltre, molta attenzione è stata posta nei confronti della formazione del personale e nell'informazione e formazione dei Pazienti e dei familiari.

Il personale ha partecipato a corsi specifici sul Covid-19, sulla prevenzione e il contenimento dell'infezione e sull'utilizzo dei DPI e le metodologie di vestizione e svestizione. Pazienti e familiari sono stati costantemente informati sulle regole da rispettare e sulle indicazioni da seguire dentro e fuori la RSA.

Infine, si sottolinea come Direzione Aziendale e Medico Responsabile abbiano garantito una presenza attiva e costante sia nei confronti del personale che dei Pazienti. Tale presenza è rappresentata anche dalle numerose informative e comunicazioni fatte per spiegare le nuove procedure (isolamento, ingressi vietati, ect.).

Tutte le attività sopraelencate sono state riprese più volte e continueranno ad essere gestite con le stesse procedure e/o con la stessa politica anche nell'anno in corso.

Come è evidente, il Covid-19 ha ampiamente caratterizzato l'ultimo triennio e, soprattutto,

ha inficiato progetti e obiettivi che sono stati o riprogrammati o revisionati in base alle esigenze.

Quindi, molte attività previste per il 2022 saranno riprogrammate per il 2023.

La formazione erogata e alcune delle procedure prodotte nell'ambito di questa emergenza saranno rivalutate e revisionate con l'obiettivo di annetterle al sistema di Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza.



**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)

Qualsiasi analisi relativa all'anno 2022 non può non prendere in considerazione la pandemia da SARS-CoV-2.

La RSA Quinta Stella, come tutte le realtà sanitarie e non, ha affrontato e gestito non solo i casi e/o i contatti stretti, ma anche tutte le problematiche connesse a tale situazione.

Come negli anni precedenti, si sottolinea come il Covid-19 abbia inficiato le normali attività e la programmazione preventivata.

Nell'anno 2022 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati nella seguente tabella.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate- goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
<b>Near Miss</b>	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Avversi</b>	29	100	100	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi 100% Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi 100% Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting 100% Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Totale</b>	29	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi; nello specifico, si tratta di cadute accidentali.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura e sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti accolti, cioè pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbilità multiple. Le cadute sono state trattate con immediata attivazione dei protocolli interni, atti alla salvaguardia del Paziente, ed eventuale successivo invio presso il PS territoriale per opportuni accertamenti.

**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
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	1 - in corso	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0

**4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2018	0077 3101486 55	2019	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2019	0077 3101486 55	2020	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2020	0077 3101486 55	2021	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	0077 3101486 55	2022	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	0077 3101486 55	2023	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi

**5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

Le attività programmate per l'anno 2022 e dichiarate nel PARS precedente sono state sospese a causa delle necessità emerse durante il periodo di emergenza per il Covid-19. Inoltre, per quanto riguarda i corsi di formazione, spesso sono stati sospesi direttamente dagli enti erogatori.

ATTIVITÀ	REALIZZATA <sup>(A)</sup>	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	NO	ATTIVITÀ RIPROGRAMMATA ENTRO IL 31/12/2023
2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	NO	ATTIVITÀ RIPROGRAMMATA ENTRO IL 31/12/2023
3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	SI	/
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	NO	ATTIVITÀ RIPROGRAMMATA ENTRO IL 31/12/2023

(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 Responsabile / Presidente	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Direttore Generale / Proprietà	Medico Responsabile <sup>(1)</sup>	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
<b>Redazione PARS</b>	R	R	R	C	C	C	/
<b>Adozione PARS</b>	I	I	I	R	C	C	/
<b>Monitoraggio PARS</b>	R	R	C	I	C	C	C

(1): Ove non coincida con il Presidente CCICA  
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**

Le attività sospese nel corso dell'ultimo triennio, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2023.

**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 31.12.2023

(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

**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 31.12.2023

(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 scheda di segnalazione degli eventi avversi****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023**(n eventi segnalati con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato****7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI****ATTIVITÀ 4: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023**Elaborazione 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 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023**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**



## 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 n. G00163 del 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 gennaio 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 febbraio 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](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](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, 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**).

**ATTIVITÀ EFFETTUATE**

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano	SI	/
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	SI	/
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	SI	/
4: Nomina Osservatore/i	SI	/
5: Audit Osservatore	SI	/
6: Analisi risultati ottenuti	SI	/
7: Formazione del Personale	SI	/

**ATTIVITÀ 2023**

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	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	31/12/2023
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	RIVALUTAZIONE	31/12/2023
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	RIVALUTAZIONE	31/12/2023
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	RIVALUTAZIONE	31/12/2023
5: Esecuzione Audit dedicato - almeno 2	2 Audit	31/12/2023
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	1 analisi	31/12/2023
7: Formazione del personale	1 evento	31/12/2023
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2023