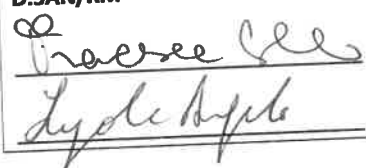
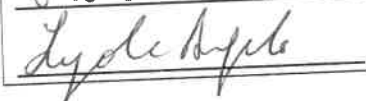
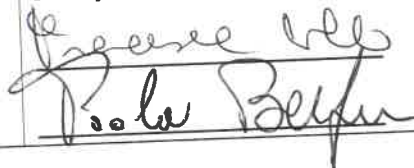
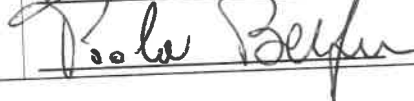
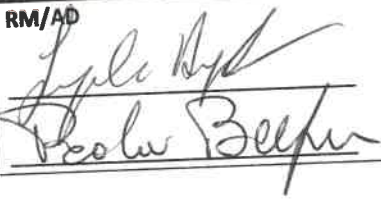
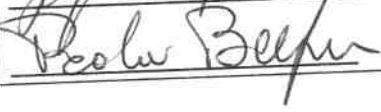


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2024

PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
00	15/03/2024	Unificazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano annuale delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA), nel Piano Annuale sul Rischio Clinico (PARS)
Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN/RM  	D.SAN/AD  	RM/AD  

Sommario

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	5
3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	6
4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	6
4.1 ELENCO DELLE ATTIVITÀ IN PROGRAMMA PER IL 2024	9
4.2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO ENTRO IL 31/12/2024	10
5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	11
6 OBIETTIVI	11
6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2024	12
7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	13
IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.	
7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO	14
8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	15
9 RIFERIMENTI NORMATIVI	15
10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	16

Premessa

La sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico sono diventate priorità fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), essenziali per garantire la qualità e la sicurezza nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A livello Ministeriale e Regionale, sono attive numerose iniziative volte a promuovere un approccio sistemico alla sicurezza clinica dei pazienti. La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni sulla sicurezza delle cure e dell'assistenza ai pazienti, nonché sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari", stabilisce che sia obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche e private fornire una relazione annuale dettagliata sugli eventi avversi avvenuti, sulle loro cause e sulle azioni intraprese in risposta. Questa legge richiede anche che tali relazioni siano rese pubbliche sui siti web delle strutture sanitarie. Questo provvedimento richiama disposizioni normative precedenti, come quelle incluse nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che promuovono l'implementazione di sistemi di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. La relazione annuale non solo documenta le azioni intraprese in risposta agli eventi avversi, ma costituisce anche un'opportunità di apprendimento centrale per migliorare la sicurezza. L'impegno per la sicurezza nelle strutture sanitarie va oltre la semplice identificazione degli eventi negativi, ponendo un'enfasi particolare sulla misurazione e il costante monitoraggio della qualità delle cure. Le organizzazioni affidabili mettono in atto un sistema robusto di misurazione e monitoraggio della sicurezza, affrontando la sfida di individuare tutti gli incidenti rilevanti e raccogliendo informazioni utili per implementare azioni correttive. L'approccio è incentrato sulla prevenzione e sul costante miglioramento, costituendo il fulcro del sistema sanitario. Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2024 si sviluppa con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e alla 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);

1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica nell'ambito della Casa di Cura Privata Malzoni "Villa dei Platani" S.p.a. che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
- Visite mediche in regime di ricovero;
- Assistenza infermieristica e medica dei pazienti presi in carico.

La Casa di Cura Malzoni dispone di n. 160 posti letto autorizzati, di cui 160 accreditati e contrattualizzati con il SSN. ¹

¹ C.f.r. DCA n. 45 del 21/06/2019 Regione Campania

DATI STRUTTURALI

Struttura	Casa di Cura Privata Malzoni "Villa dei Platani" S.p.a.
Mq. Complessivi	12560 circa

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

ORGANIZZAZIONE

Risorse umane al 31/12/2023	N° 295	Ruolo sanitario: 272 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 23
--------------------------------	--------	---

Unità Funzionali /Servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale
---------------------------	----------	-------------------------

ACUTI

Ostetricia e Ginecologia	PI 78	SSN
Chirurgia Generale	PI 30	SSN
Ortopedia	PI 15	SSN
Urologia	PI 10	SSN
Nefrologia	PI 10	SSN
T.I.P.O.	PI 2	SSN
Neonatologia	PI 6	SSN
TIN/TSIN	PI 9	SSN

SERVIZI INTERNI PER RICOVERATI

ANALISI CLINICHE

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

EMODIALISI

CITOISTOPAATOLOGIA INTRAOPERATORIA

ACUTI	
DATI ATTIVITA' ANNO 2023	
SETTING	PRESTAZIONI
Ricoveri ordinari	n. 8213
Ricoveri Day Hospital/Day Surgery	n. 814
Ricoveri Day Service (PACC)	n. 1063

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Quando un errore rischia di causare danni a un paziente ma viene intercettato prima che si verifichi un evento avverso, ci troviamo di fronte a un "Quasi Evento" o "Near Miss". Al contrario, un "Evento Avverso" si verifica quando un imprevisto legato all'assistenza sanitaria provoca danni non intenzionali al paziente. È importante notare che non tutti gli eventi avversi possono essere prevenuti, ma solo quelli derivanti da errori. Un "Evento Sentinella", indicato come gravissimo, comporta disabilità temporanee o permanenti e può portare al decesso del paziente. In caso di Eventi Avversi/Sentinella, è fondamentale utilizzare tecniche di analisi dell'evento come RCA o Audit Clinico per identificare fattori eliminabili o riducibili al fine di implementare azioni di miglioramento.

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa² e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.³

Nel corso del 2023, nessun evento sentinella né eventi avversi/near miss sono stati segnalati dalle diverse unità organizzative aziendali, come mostrato chiaramente nella tabella 2.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2023 sono state: n. 0

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

² Decreto Dirigenziale n. 48 del 3/07/2017 Regione Campania

³ Racc. ministeriali <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-delle-raccomandazioni/elenco-eventi-sentinella>

Eventi avversi	0 (0%) Reazione anafilattica	(0%)	Organizzativi (0%)	Sistemi di reporting (%)
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)	Procedure (0%) Comunicazione (0%)	

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2023

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Valore economico
2019	23	2	€ 66.521,52
2020	13	1	€ 16.156,81
2021	19	1	€ 44.233,87
2022	16	0	/
2023	8	1	€ 9.494,21
Totale	79	5	€ 136.406,41

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

3. Descrizione della posizione assicurativa

Attualmente, la struttura non ha sottoscritto alcuna polizza assicurativa, ma opera sotto il regime di autoassicurazione.

4. Resoconto delle attività del piano precedente

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

OBIETTIVO A: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività (1)

Verificare l'adozione della checklist di sicurezza operatoria	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Esaminare il 20% del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la presenza della checklist, Redazione di report finale	SI	Le cartelle vengono verificate in fase di controllo di SDO e il 95% risulta provvisto di checklist

OBIETTIVO B: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura

Attività (1)

Realizzazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità clinica dei processi della struttura	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
--	---------------------	---------------------

<i>Indicatore: Verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni</i>	PARZIALMENTE RAGGIUNTO – DA COMPLETARE NEL 2024	Gli indicatori sono in corso di definizione
--	---	---

OBIETTIVO C: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività (1)

Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore: 40% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario</i>	RAGGIUNTO	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM	Area Formazione	DS	RESP
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	C	C	I
Formazione delle aule	I	C	R	C

OBIETTIVO D: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività (1)

Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore: Realizzazione di audit/RCA entro il 31/12/2023</i>	SI	Nel corso del 2023 sono stati condotti almeno due audit organizzativi e almeno un audit clinico, con la produzione di altrettanti report entro la fine dell'anno

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RSQ	R_MED	DS	Caposala
Progettazione/esecuzione audit clinici	I	C	R	C
Progettazione audit interni/ esecuzione	R	C	I	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C	C

Attività (2)

Definire il sistema delle non conformità classificate per reparto/servizio ed avvio registrazione entro dicembre 2023	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore: Verifica delle non conformità classificate individuate e dello strumento di</i>	SI	

registrazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Definizione Non conformità classificate	C	R	I
Realizzazione strumenti di monitoraggio	I	R	C
Formazione sullo strumento per il monitoraggio dei dati	C	R	I
Avvio monitoraggio dei dati	R	I	I

Attività (3)

Definire un set di indicatori per il monitoraggio del rischio di infezioni correlate all'assistenza entro dicembre 2023	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni	SI	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Definizione Indicatori	R	R	C
Realizzazione strumenti di monitoraggio	R	R	I
Monitoraggio dei dati	R	I	I
Avvio monitoraggio dei dati	R	I	I

OBIETTIVO E: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

Attività (1)

Realizzazione di opuscoli informativi per il contrasto alla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza con buone pratiche per i pazienti, i familiari, gli operatori	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo digitale	DA COMPLETARE NEL 2024	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Proposta di opuscolo digitale	I	R	C
Approvazione opuscolo digitale	I	C	R
Distribuzione opuscolo digitale nei reparti	I	R	C
Utilizzo opuscolo digitale con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

4.1 Elenco delle attività in programma per il 2024

OBBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

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

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	IN CORSO	Si prevede lo svolgimento di incontri formativi con tutto il personale sanitario e amministrativo entro il 31/12/2024

Attività (2) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico con focus sulla Corretta compilazione della check list di segnalazione dell'evento avverso

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	IN CORSO	Si prevede lo svolgimento di incontri formativi con tutto il personale sanitario e amministrativo entro il 31/12/2024

OBBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività (1) Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC informatizzata;

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 15 cartelle 95% conformi	SI	Conformità rilevata al 95%

Attività (2) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo delle strutture, monitoraggio attraverso audit interni

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione Conseguimento certificazione ISO 9001:2015	SI	La prima verifica a distanza di un anno dalla certificazione ISO 9001:2015, ha riportato un esito positivo.

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

Attività (1) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	IN CORSO	Si prevede la condivisione e diffusione di un opuscolo cartaceo sul corretto lavaggio delle mani

4.2 Attività di rischio infettivo entro il 31/12/2024

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

Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA sulla base di quanto viene disposto dal CIO

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	IN CORSO	Si prevede lo svolgimento di incontri formativi con tutto il personale sanitario e amministrativo entro il 31/12/2024

Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Si prevede lo svolgimento di incontri formativi con tutto il personale sanitario e amministrativo entro il 31/12/2024

OBIETTIVO B: Implementazione di un Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani che individui le attività da raggiungere entro il 31/12/2024 e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ (1) – Piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di casa di cura Malzoni

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: - Rispetto della corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta; - Formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani;	IN CORSO	Formazione degli operatori sanitari attraverso sessioni di formazione pratiche e teoriche, coinvolgendo esperti nel campo e fornendo materiali educativi appropriati.

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

Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nel servizio di Terapia Intensiva	IN CORSO	

ATTIVITÀ (2) - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).⁴

Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione

⁴ Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 424 dell'11/07/2023

Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza 70% di personale sanitario da coinvolgere/ TOT. Personale Sanitario	IN CORSO	Condurre un'indagine sull'utilizzo degli antibiotici nei reparti con la partecipazione del CIO/CICA entro 31/12/2024
---	----------	--

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

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

AZIONE	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione paragrafi 2 e 3	C	C	R	C	I
Redazione paragrafo 7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio paragrafo 7	R	C	I	I	I

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato

6. OBIETTIVI

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

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";

2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1 Le Attività e la matrice delle responsabilità per il 2024

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ (1) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico

Indicatore: Partecipazione di almeno l'100 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità"

Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

Standard: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

ATTIVITÀ (2) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico

Indicatore: Partecipazione di almeno l'80 % del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list"

Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ (1) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza di sala operatoria

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

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

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

Redazione report finale	R	I	I
ATTIVITA' (2) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture			
Indicatore: Mantenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015 e ISO 45001:2015			
Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-			
Fonte: DSAN		Scadenza: 31/12/2024	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITA' (1) Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere			
Indicatore: Realizzazione di almeno 1 opuscolo			
Standard: formato pieghevole			Scadenza: 31/12/2024
Fonte: RSQ-Marketing-DSAN			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RMDSAN	RSQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

7. Obiettivi, attività per la gestione del rischio infettivo e matrice delle responsabilità per il 2024

La gestione del rischio infettivo rappresenta un pilastro fondamentale nell'ambito della sicurezza delle cure e della persona assistita all'interno delle istituzioni sanitarie, sia pubbliche che private. In conformità con la Legge 8 Marzo 2017, n.24, che stabilisce disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della responsabilità professionale degli operatori sanitari, tutte le istituzioni sanitarie sono tenute per legge a formulare il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA).

Il presente documento si basa sulle Linee Guida per l'elaborazione del PAICA. Questo piano, in accordo con le direttive della DGR N. 1715/2007, della DGRC N. 2311/2008, del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 e del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, fornisce un quadro delle attività già svolte e di quelle pianificate per monitorare e prevenire le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

All'interno della nostra Azienda, l'attuale configurazione organizzativa per la gestione del Rischio Clinico deriva dall'implementazione del programma di Risk Management, integrato nel contesto più ampio del Governo Clinico. Questo programma è concepito per mitigare i rischi, potenziare la qualità dei servizi e contenere i costi derivanti dagli eventi avversi.

Nella seguente sezione, vengono delineate le attività relative alla gestione del rischio infettivo, le quali costituiscono un aspetto centrale nell'assicurare standard elevati di sicurezza e qualità nell'assistenza sanitaria fornita.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero batteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

7.1 Le attività rischio infettivo

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

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

Indicatore un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA

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

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici

Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti

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

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

OBIETTIVO B: Implementazione di un Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani che individui le attività da raggiungere entro il 31/12/2024 e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ (1) - piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL

Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C - D - E

Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/24

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o

contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

ATTIVITÀ (1) - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

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

Standard: Rilevazione mensile dei dati

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

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

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

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

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

Scadenza: 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- Pubblicazione PARS nel sito internet di Casa di Cura Privata Malzoni Villa dei Platani S.p.a. www.malzoni.it
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022 REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
2. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

3. D.P.R. 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
4. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
5. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
6. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
7. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
10. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
11. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
12. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
13. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
15. 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
16. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
17. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
18. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.

- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008
“Safe Surgery Save Live

