

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D’Innocenzo
Decreto Presidente Regione Lazio n. T00204 del 03.12.2020
Deliberazione n. 1/D.G. del 07/12/2020

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

STRUTTURA PROPONENTE

DIREZIONE SANITARIA

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2022”.

Estensore: Dott.ssa De Luca Assunta

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell’art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n.165/2001, nonché garantendo l’osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all’art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell’Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell’art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa De Luca Assunta

Data 24/02/2022 Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

Il Dirigente: Dott.ssa De Luca Assunta

Data 24/02/2022 Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa:

Autorizzazione: Senza impegno di spesa

Data Dott.ssa Antonella Rossetti

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 24/02/2022

Firmato elettronicamente da Petti Anna

Parere del Direttore Sanitario

Dott.ssa Assunta De Luca

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 24/02/2022

Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

**IL DIRIGENTE DELLA
DIREZIONE SANITARIA**

PREMESSO che: alla UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico, in staff al Direttore Generale, è affidato il compito di implementare percorsi di gestione del Rischio Clinico e di implementazione della Qualità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Lazio 14/07/2006 n. 424 che dispone tra i requisiti minimi organizzativi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie l’attivazione di un programma per la gestione del Rischio Clinico;

PRESO ATTO della istituzione del progetto Rating-ASL con deliberazione Regionale n.297 del 23/05/2006 per la realizzazione della “Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale”;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute con decreto del 1 Dicembre 2009 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) con l’obiettivo di raccogliere le informazioni relative a:

- Eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario);
- Denunce dei sinistri;

TENUTO CONTO dell’intesa della Conferenza Permanente Rapporti Stato – Regioni del 20/03/2008 concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;

VISTO che il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 individua quale punto focale dell’azione del Sistema Sanitario Nazionale lo sviluppo del governo clinico e della qualità dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il suddetto Piano Sanitario Regionale implementa un “approccio di sistema” basato sull’integrazione dei diversi aspetti del sistema medesimo e sulla collaborazione multidisciplinare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico, formazione, audit, medicina basata sull’evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e del contenzioso, gestione del personale, gestione della documentazione, comunicazione e informazione corretta e trasparente, coinvolgimento dei pazienti;

PRESO ATTO che con DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

VISTO il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione, alle Cadute e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell’assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della “performance” aziendale

VISTA la 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”;

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2022”.

CONSIDERATO che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;

DATO ATTO che il miglioramento della sicurezza è un obiettivo prioritario di ogni organizzazione sanitaria e deve basarsi sul cambiamento culturale favorendo la diffusione delle buone pratiche;

VISTA la determinazione della Regione Lazio del 25/01/2022, n. G00643-Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

VISTE le azioni già poste in essere nei precedenti PARM e nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

VISTE le azioni già poste in essere dal CC- ICA nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità;

VISTO il D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

1. DI APPROVARE il documento “Piano di emergenza interno in caso di massiccio afflusso di feriti (PEIMAF)” allegato alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale;
2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell’albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell’art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell’art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n. 165/2001, nonché garantendo l’osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all’art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell’Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell’art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

Dato atto che:

- il presente provvedimento è sottoscritto dal Direttore Amministrativo, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione del Direttore Generale n. 3/DG/2020 del 07.12.2020 con la quale è stata conferita apposita e formale delega, ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. allo svolgimento delle funzioni vicarie di Direttore Generale al

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell’Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2022”.

Direttore Amministrativo, Dott.ssa Anna Petti, nei casi in cui dovessero ricorrere i presupposti di vacanza o assenza del Direttore Generale:

D E L I B E R A

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Per il Direttore Generale
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Anna Petti

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D’Innocenzo

Decreto Presidente Regione Lazio n. T00204 del 03.12.2020

Deliberazione n. 1/D.G. del 07/12/2020

ALLEGATO DELLA DELIBERA AGLI ATTI COME

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal

La presente Deliberazione viene pubblicata all’Albo Pretorio on-line aziendale dell’ente ai sensi dell’art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

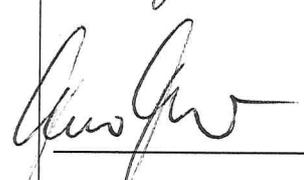
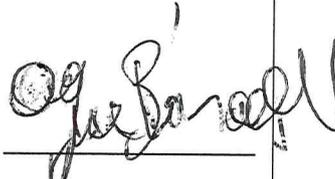
per esteso

in data

Rieti li

IL FUNZIONARIO
Dott.ssa Alessandra Falcetti

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2022 ASL RIETI

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO	DATA	FUNZIONE	VISTO
21/02/2022	Per * Dott. M. Musolino Risk Manager Aziendale	 U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico	21/02/2022	Direttore Sanitario Aziendale	
	Dott.ssa A.S. Morgante Responsabile UOS Governo Clinico e Sistema Qualità			Dott.ssa A. De Luca	
	Dott. M. Marchili Infettivologo Coordinatore GO-Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS)				
	Dott.ssa A. Barsacchi Direttore U.O.C. Gestione Personale di Assistenza				

*CC-ICA: -Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente, Direttore Medico Presidio Ospedaliero, Responsabile UOS Governo Clinico e Sistema Qualità, Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Medicina, Direttore del Dipartimento di Chirurgia, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione, Direttore del Dipartimento dei Servizi, Direttore del Distretto 1, Direttore del Distretto 2, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio Veterinario, Direttore UOC Politica del Farmaco, Risk Manager, Responsabile UOSD Malattie Infettive, Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship, Responsabile UOSD Laboratorio Analisi, Direttore UOC Gestione del Personale di Assistenza (GPA), Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC), Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Referente/Responsabile Assistenza Domiciliare Aziendale, Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione, Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA, Assistente Amministrativo Ufficio ICA-UOC DMO.

Gruppo Operativo CC-ICA: Infettivologo (coordinatore del gruppo), Rianimatore, Dirigente medico UOSD Lab. Analisi- sezione Microbiologia, Farmacista, Infermiera CC-ICA, Infermiera DMO-CCICA, Infermiere Distretto 1, Infermiera Distretto 2, Dirigente medico UOC DMO, Tecnico della Prevenzione, Assistente amministrativo CC-ICA, Dirigente Medico Igienista Staff DS, Risk Manager.

Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS): Infettivologo, Farmacista, Dirigente Medico UOSD Laboratorio Analisi- sez. Microbiologia.

INDICE

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	7
5. Matrice delle responsabilità	12
6. Obiettivi e attività	13
6.1 Obiettivi	13
6.2 Attività	13
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	17
7.1 Obiettivi	17
7.2 Attività	17
8. Modalità di diffusione del documento	20
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	21

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tipo di Struttura:

- AZIENDA SANITARIA LOCALE E PRESIDIO OSPEDALIERO DI COMPETENZA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti è così articolata:

- Presidio Ospedaliero – San Camillo De Lellis;
- Distretto Sanitario 1 - Rieti, Antrodoco, S. Elpidio;
- Distretto Sanitario 2 - Salaria Mirtense;
- Casa della Salute di Magliano Sabina;
- Hospice San Francesco;
- Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.

Di seguito si riporta la tabella che descrive le specificità organizzative della Asl di Rieti sulla gestione del rischio infettivo.

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	
Data costituzione CC-ICA	Anno 2014
Attuale composizione CC-ICA	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente - Direttore Medico Presidio Ospedaliero - Dirigente Medico Igienista in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale - Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera - Direttore del Dipartimento di Medicina - Direttore del Dipartimento di Chirurgia - Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione - Direttore del Dipartimento dei Servizi - Direttore del Distretto 1 - Direttore del Distretto 2 - Direttore del Dipartimento di Prevenzione - Direttore del Servizio Veterinario - Direttore UOC Politica del Farmaco - Responsabile UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico - Responsabile UOSD Malattie Infettive - Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship - Responsabile UOSD Laboratorio Analisi - Direttore UOC Gestione del Personale di Assistenza (GPA) - Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistentziali (UVC) - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione. - Referente/Responsabile Assistenza Domiciliare Aziendale - Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione - Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA - Assistente Amministrativo Ufficio ICA- UOC DMO
Programma Antimicrobial Stewardship	Attivazione nell'ambito del CC-ICA del Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) con il compito di formulare proposte al CC-ICA in materia di interventi coordinati, che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2022**

	antimicrobici e che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione;
Gestione ICA a livello Ospedaliero	Presenza Infermiera ICA afferente alla U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera
Numero Reparti di Malattie Infettive	N. 1 U.O.S.D. Malattie Infettive

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale (2021)

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI^(A)			
Estensione territoriale	2.749 Kmq	Popolazione residente	151.335
Distretti Sanitari	2	Presidi Ospedalieri Pubblici	1
Posti letto ordinari	348	Area Medica	171
		Area Chirurgica	82
		SPDC	12
		Area Covid	40
		Altro	43
Posti letto diurni	40	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	9
Terapie Intensive	1	UTIC	1
DEA I LIVELLO		UTN	1
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari*	8016	Ricoveri diurni*	1389
Accessi PS*	20083	Neonati o parti*	375
Branche specialistiche*	27	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici*	1.098.000

(A): Fonte dati: UOSD S.I.S. e ISTAT

* In attesa di consolidamento

Tabella 2 – Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero (2021)

SAN CAMILLO DE LELLIS			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. (A)			
Ricoveri Ordinari*	8016	Ricoveri diurni*	1389
Accessi Pronto Soccorso*	20083	Neonati o parti	375
Branche Specialistiche*	27	Prestazioni Ambulatoriali erogate da presidi pubblici*	740.659

(A): Fonte dati: UOSD S.I.S.

* In attesa di consolidamento

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda sono in totale 162 e distribuiti come indicato nella seguente tabella.

Tabella 3– Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	4 (2,47%)	25%	Strutturali 0% Tecnologici 15,79% Organizzativi 31,58 % Procedure/ Comunicazione 52,36 %	Strutturali 0% Tecnologici 15,79% Organizzativi 31,58 % Procedure/ Comunicazione 52,36 %	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	149 (91,98%)	96,65%			
Eventi Sentinella	9 (5,55%)	33,33%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	29	5	€ 537.035,27
2018	18	10	€ 627.105,02
2019	25	5	€ 1.872.817,81
2020	21	4	€ 418.757,21
2021	19	7	€ 473.229,32
Totale	112	28	€ 4.186.547,67

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2021.

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito si riporta la posizione assicurativa della Asl di Rieti dall'anno 2014 al 2021.

Tabella 5 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza e rel. scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2014	RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2015	RCT/O N. 2015RCG00087- 642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105- 645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2017	RCT/O N. 2016RCG00105 – 645632 – 28/02/2017 (al 01/03/2017 Autoassicurazione)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€ 2.000.000	WILLIS ITALIA S.P.A. fino al 28/02/2017
2018	dal 01/03/2017 al 31/12/2018 in regime di autoassicurazione				GBSAPRI spa dal 08/03/2018 al 08/03/2019 con possibilità di rinnovo per un'altra annualità
2019	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020
2020	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020 prorogata fino all'08/09/2020, prorogata fino all'08/03/2021

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2022**

2021	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2020 al 31/12/2021 (ripetizione polizza)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata. Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso
------	--	---	----------------	--	--

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2021.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 6 – Resoconto delle attività del PARM 2021

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione*
Ob. A - Attività 1: Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti	SI	Realizzazione di n. 2 edizioni del corso Facilitatori della Qualità "Gestire la complessità senza diventare complicati": 1^ edizione 28/09/2021; 2^ edizione 05/10/2021.
Ob. A - Attività 2: Implementazione, Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management	SI	Realizzazione di n. 18 Audit di Risk Management (n. eventi sentinella n.9).
Ob. A - Attività 3: Somministrazione di questionario su qualità percepita ad utenza ASL Rieti	SI	<ul style="list-style-type: none"> • È stato aggiornato il questionario sulla Qualità percepita dell'utenza; • Il format è stato differenziato tra Ospedale e Territorio; • Il questionario è stato somministrato nel secondo semestre 2021 ad un adeguato campione presso strutture sia ospedaliere che territoriali; • È stato introdotto all'interno del questionario il QR CODE che consente di aumentare la compliance dell'utente di compilarlo in modalità digitale; • Reportistica prevista con cadenza mensile; • I risultati del secondo semestre 2021 saranno oggetto di audit entro il primo trimestre 2022.
Ob. A – Attività 4: Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione inerente le Lesioni da Pressione (LdP)	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di n. 2 edizioni del Corso Webinar "Segno prevalente per la scelta della medicazione appropriata": 1^ edizione 03/03/2021; 2^ edizione 10/03/2021. • Realizzazione di n.2 edizioni del Corso di Formazione sulla "Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Pressione": 1^ edizione 30/10/2021; 2^ edizione 05/11/2021.

<p>Ob. A – Attività 5: Partecipazione attiva da parte del Risk Manager ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Il Risk Manager ha partecipato in qualità di Responsabile Scientifico ai seguenti corsi di formazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PIANO DI INTERVENTO REGIONALE TRIENNALE 2021-2023 SULL'IGIENE DELLE MANI – CORSO PER FORMATORI ED OSSERVATORI del 21 Settembre 2021; • PIANO DI INTERVENTO REGIONALE TRIENNALE 2021-2023 SULL'IGIENE DELLE MANI – CORSO PER FORMATORI ED OSSERVATORI del 19 Ottobre 2021; • IL NUOVO PIANO DI INTERVENTO REGIONALE TRIENNALE SULL'IGIENE DELLE MANI del 18 Giugno 2021; • PIANO EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI del 20 Ottobre 2021. <p>Il Risk Manager ha partecipato in qualità di Docente ai seguenti corsi di formazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IL NUOVO PIANO DI INTERVENTO REGIONALE TRIENNALE SULL'IGIENE DELLE MANI del 18 Giugno 2021; • PIANO EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI del 20 Ottobre 2021; • NURSING E NUTRIZIONE ENTERALE TRAMITE S.N.G. del 21 Settembre 2021; • NURSING E NUTRIZIONE ENTERALE TRAMITE S.N.G. del 29 Settembre 2021; • CORSO DI FORMAZIONE SULLA "PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE del 05 Novembre 2021.
<p>Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI ^(A)</p>		
<p align="center">Attività</p>	<p align="center">Realizzata^(B)</p>	<p align="center">Stato di attuazione*</p>
<p>Ob. B – Attività 1: I gruppi di lavoro nel corso del 2021 revisioneranno le Procedure Aziendali che recepiscono le seguenti Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti e/o Linee Guida della Regione Lazio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministeriale n. 2 – “Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico” e Raccomandazione Ministeriale n. 3 – “Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”; • Raccomandazione Ministeriale n. 4 – “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”; 	<p align="center">SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministeriale n. 2 – “Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”: redazione della Procedura Aziendale conclusa, con conseguente approvazione da parte del Direttore Sanitario Aziendale e pubblicazione sul sito Aziendale; • Raccomandazione Ministeriale n. 3 – “Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”: Revisione della Procedura Aziendale conclusa, con conseguente approvazione da parte del Direttore Sanitario Aziendale e pubblicazione sul sito Aziendale; • Raccomandazione Ministeriale n. 4 – “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”: Revisione della Procedura Aziendale conclusa, con conseguente approvazione da parte del Direttore Sanitario Aziendale e pubblicazione sul sito Aziendale; • Raccomandazione Ministeriale n. 5 – “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO: come da accordi con il Direttore Sanitario Aziendale, la Procedura è stata redatta nel corso dell’anno 2021, verrà inserita nel

<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministeriale n. 5 – “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”; • Raccomandazione Ministeriale n. 11 – “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”; • Raccomandazione Ministeriale n. 15 – “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”; • Determinazione della Regione Lazio n. 14764 del 02/10/2020 – “Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente”. • Documento di Indirizzo della Regione Lazio – consenso informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT). 		<p>Total Blood Management (TBM) del 2022 e quindi pubblicata;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministeriale n. 11 – “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”: la Procedura è stata redatta nel corso dell’anno 2021 ed è in corso di condivisione, come da accordi con il Direttore Sanitario Aziendale verrà pubblicata dopo firma di approvazione; • Raccomandazione Ministeriale n. 15 – “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”: Revisione della Procedura Aziendale conclusa, con conseguente approvazione da parte del Direttore Sanitario Aziendale e pubblicazione sul sito Aziendale; • Determinazione della Regione Lazio n. 14764 del 02/10/2020 – “Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente: Revisione della Procedura Aziendale conclusa, con conseguente approvazione da parte del Direttore Sanitario Aziendale e pubblicazione sul sito Aziendale; • Documento di Indirizzo della Regione Lazio – Consenso informato e Disposizioni anticipate di trattamento (DAT): in attesa della pubblicazione del documento di indirizzo ad opera del Centro Regionale del Rischio Clinico è stato avviato con il Direttore della U.O.C. di Chirurgia un percorso di revisione e aggiornamento dei consensi informati nella U.O.C. di Chirurgia sulla scorta delle indicazioni fornite dalla SIC (Società Italiana di Chirurgia).
<p>Ob. B – Attività 2: “Monitoraggio di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIMES (Regione Lazio. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”)</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Il 100 % degli eventi segnalati alla UOC Risk Management, Qualità e Risk Management sono stati inseriti nel flusso informativo Regionale per il successivo invio al SIMES.</p>

Ob. B – Attività 3: Documento di riqualificazione tecnologica per la prevenzione dell' evento avverso caduta nella UOC GERIMED	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Nota prot. n. 36874 del 09/06/2021 “Proposta rimodulazione tecnologica letti GERIMED prevenzione cadute”; • Nota prot. n. 18336 del 18/03/2021 “Verbale riunione GERIMED 11/03/2021”.
Obiettivo c) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE ^(A)		
Attività	Realizzata^(B)	Stato di attuazione*
Ob. C – Attività 1: Monitoraggio permanente dei decessi Covid-19 e analisi descrittiva del fenomeno	SI	I Report sull'andamento dei decessi Covid-19 sono stati trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale rispettivamente con: <ul style="list-style-type: none"> - prot. n. 73949 del 19/11/2020; - prot. n. 18232 del 22/03/2021; - prot. n. 80400 del 09/12/2021.
Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT ^(A)		
Attività	Realizzata^(B)	Stato di attuazione*
Ob. D – Attività 1: Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico	SI	Partecipazione al 100% delle riunioni.

(A): Gli obiettivi regionali non vanno modificati o rinominati. È possibile eventualmente identificarne di ulteriori.

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

Tabella 7 –Resoconto delle attività del PAICA 2021

Obiettivo 1: SVILUPPO/CONSOLIDAMENTO DI PROGRAMMI AZIENDALI DI IPC ^(A)		
Attività	Realizzata^(B)	Stato di attuazione*
Ob. 1 – Attività A) Implementazione sistema di sorveglianza delle infezioni/colonizzazioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)	SI	Protocollo di sorveglianza e di controllo della trasmissione di enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) (PO/110/09/2021 del 06/12/21), pubblicato sul sito aziendale.
Ob. 1 – Attività B) Revisione procedurale per la prevenzione, sorveglianza e controllo della diffusione dei MDR e delle ICA in ambito ospedaliero ed aziendale, inclusiva delle modalità di Infection, Prevention and Control (IPC) per CLOSTRIDIUM DIFFICILE e virus SARS-CoV-2	SI	Procedura aziendale per la gestione dei pazienti con infezione da Clostridium Difficile (P/110/34/2021 del 06/12/2021), pubblicata sul sito aziendale.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2022**

<p>Ob. 1 – Attività C) Consolidamento dei flussi di sorveglianza e monitoraggio specifici per SARS-COV2</p>	<p align="center">SI</p>	<p>I Dati relativi ai diversi aspetti e ambiti della sorveglianza strutturata per Covid-19 sono disponibili presso il Servizio Vaccinazione, il Medico Competente, il Dipartimento di Prevenzione, Unità Covid e la Direzione Medico Ospedaliera.</p>
<p>Ob. 1 – Attività D) Revisione istruzione operativa vestizione/svestizione per la prevenzione delle infezioni trasmissibili per via aerea/droplet/contatto, comprese le infezioni da SARS-CoV-2. Ripetizione dei programmi di formazione sul campo per gli operatori sanitari aziendali</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Istruzione Operativa vestizione/svestizione per la prevenzione delle infezioni trasmissibili per via aerea/droplet/contatto, comprese le infezioni SARS-CoV-2 (IO/110/6/2021 del 07/12/2021), pubblicata sul sito aziendale.</p>
<p>Obiettivo 2: APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI ^(A)</p>		
<p align="center">Attività</p>	<p align="center">Realizzata^(B)</p>	<p align="center">Stato di attuazione*</p>
<p>Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi giornaliere (DDD)/100 gg Degenza.</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Report Semestrale UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici.</p>
<p>Obiettivo 3: MONITORAGGIO CONSUMI DI GEL IDROALCOLICO PER L'IGIENE DELLE MANI ^(A)</p>		
<p align="center">Attività</p>	<p align="center">Realizzata^(B)</p>	<p align="center">Stato di attuazione*</p>
<p>Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria), stratificato ove praticabile per le diverse specialità discipline</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Report Semestrale UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici.</p>
<p>Obiettivo 4: PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP (AMS) ^(A)</p>		
<p align="center">Attività</p>	<p align="center">Realizzata^(B)</p>	<p align="center">Stato di attuazione*</p>
<p>Consolidamento delle strategie di Antimicrobial Stewardship e di formazione.</p>	<p align="center">SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piano AMS 2021; - Procedura per antibiotico terapia empirica (P/110/36/2021 del 06/12/2021), pubblicata sul sito aziendale; - Procedura di profilassi antibiotica in chirurgia (P/110/37/2021 del 06/12/2021), pubblicata sul sito aziendale; - Formazione sulle nuove molecole ad azione antimicrobica.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2022**

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 8 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Comitato Controllo ICA (CC-ICA)	UOS Governo Clinico/Qualità	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3, 7)	C	C	C	R	C	C	C	-
Redazione punti 2-3 (Gestione Sinistri)	C	C	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7 (Controllo del Rischio Infettivo)	C	R	C	C	I	I	I	-
Approvazione	R	C	C	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	C	C	I	R	C	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	I	I	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	C	R	C	C	I	I	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

6.1 Obiettivi

Nel corso del 2022 gli obiettivi del Piano sono indirizzati a:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti			
INDICATORE: Esecuzione di almeno 2 edizioni del Corso entro il 31/12/2022			
STANDARD: ≥ 2			
FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	Corpo Docenti
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di un percorso formativo sulla Qualità della Comunicazione			
INDICATORE: Esecuzione di almeno 1 edizioni del Corso entro il 31/12/2022			
STANDARD: 1			
FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	Referente Dipartimento Medico
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 3 - Implementazione, Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management

INDICATORE: Numero Audit di Risk Management svolti

STANDARD: 100% eventi sentinella

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Tutte le UU.OO. coinvolte	UOC DMO	UOC GPA	Direzione Sanitaria Aziendale
Progettazione ed esecuzione	R	C	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
ATTIVITÀ 1 - Mappatura del rischio delle strutture sanitarie in collaborazione con Luiss Business School

INDICATORE: Realizzazione del piano di mappatura

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	LUISS BS	Direzione Sanitaria Aziendale
Progettazione e realizzazione del piano di mappatura	R	C	I
Restituzione feed-back alle UU.OO.	C	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
ATTIVITÀ 2 - Stesura della Procedura per la gestione clinica degli accessi al Presidio Assistenziale Territoriale (PAT) della Casa della Salute di Magliano Sabina

INDICATORE: Documento

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore Distretto 2	Responsabile Casa della Salute di Magliano Sabina	Coordinatore PAT	Direzione Sanitaria Aziendale
Stesura del Regolamento	R	C	C	C	I
Diffusione del Regolamento	R	C	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

ATTIVITÀ 3 - Stesura del documento di recepimento delle linee guida regionali in materia di Consenso Informato – Determinazione n. G00642 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”.

INDICATORE: Realizzazione del documento

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC DMO	Distretto 1	Distretto 2	UOC GPA	Tutte le UU.OO. coinvolte	UOSD Affari Generali e Legali	Direzione Sanitaria Aziendale
Stesura del Documento	R	C	C	C	C	C	C	I
Diffusione del Documento	R	C	C	C	C	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

ATTIVITÀ 4 - Recepimento operativo del documento di indirizzo regionale in materia di Lesioni da Pressione - Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584 Approvazione del “Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)”

INDICATORE: Realizzazione del programma

STANDARD: SI

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC GPA	UOSD Sistema Informatico	Direzione Sanitaria Aziendale
Modifiche e integrazione dell'applicativo aziendale	R	C	I	I
Formazione del corretto utilizzo	R	C	I	I
Monitoraggio	R	C	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

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

ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio permanente dei decessi Covid-19 e analisi descrittiva del fenomeno

INDICATORE: n. report nel periodo pandemico

STANDARD: Report bimestrali nel periodo pandemico

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabili Reparti Covid-19, SISP	Direzione Sanitaria Aziendale
Alimentazione flusso informativo	I	R	I
Analisi dei Dati	R	C	I
Sintesi documento	R	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 1 - Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico

INDICATORE: n. partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti

STANDARD: 90%

FONTE: UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager
Partecipazione del Risk Manager alle riunioni dei tavoli permanenti regionali	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla cultura e sulla applicazione dei Bundle per la prevenzione delle ICA, in collaborazione con la UOC GPA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2022

STANDARD: ≥ 1

FONTE: CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	UOC GPA	UOC DMO	UOC RISK MANAGEMENT	GOAS
Progettazione del corso	C	C	C	C	R	C
Accreditamento del corso	C	R	I	I	C	I
Esecuzione del corso	C	R	C	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 1 – Formazione Piano di Azione Locale 2022

INDICATORE: Documento

STANDARD: SI

FONTE: DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC DMO	UOC GPA	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	UOC Risk Management	Direzione Sanitaria Aziendale
Elaborazione del documento	C	C	C	C	C	C	R
Validazione	I	I	I	I	I	C	R
Diffusione	I	I	I	I	I	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del secondo corso di formazione sull'igiene delle mani con specifico target sul personale OSS/OSA e sugli studenti universitari delle professioni sanitarie. La formazione potrà essere erogata anche in modalità FAD.

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni (una per gli OSS/OSA e una per gli studenti) del Corso entro il 31/12/2022

STANDARD: ≥ 2

FONTE: DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Distretto 1	Distretto 2	UOS Sviluppo, Competenze e Formazione	UOC GPA	UOC DMO	UOC Risk Management	GOAS
Progettazione del corso	C	I	I	C	C	C	R	C
Accreditamento del corso	C	I	I	R	I	I	C	I
Esecuzione del corso	C	C	C	R	C	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 3 – Elaborazione del piano 2022 delle osservazioni sulla corretta igiene delle mani tra il personale sanitario

INDICATORE: Documento di pianificazione

STANDARD: SI

FONTE: UOC GPA, UOC Risk Management, UOS Governo Clinico/Q., UOC DMO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC GPA	Direttore Sanitario	UOS Governo Clinico/Qualità	UOC DMO	UOC Risk Management	GOAS	Distretto 1	Distretto 2
Progettazione del piano	C	C	I	R	C	C	I	C	C
Realizzazione del piano	C	C	I	R	C	C	I	C	C
Presentazione dei risultati	C	C	I	R	C	C	I	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

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 ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 1 – Adesione al nuovo programma regionale sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico

INDICATORE: Assolvimento del debito informativo regionale richiesto

STANDARD: SI

FONTE: UOC POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici	Direttore Sanitario	UOS Governo Clinico/Qualità	UOC DMO	UOC Risk Management	GOAS
Elaborazione progetto aziendale	I	R	I	C	C	C	I
Analisi dei dati con reportistica	C	R	I	I	C	I	I
Invio al CRRC	I	C	I	I	I	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

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 ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 2 – Elaborazione e Attuazione del Piano Antimicrobial Stewardship 2022

INDICATORE: Documento

STANDARD: SI

FONTE: GOAS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direttore Sanitario	UOS Governo Clinico/Qualità	UOSD Malattie Infettive	UOC DMO	UOC Risk Management	GOAS
Elaborazione Piano	C	C	C	C	C	C	R
Applicazione del Piano	C	C	C	C	C	I	R
Monitoraggio del Piano	C	I	C	C	C	I	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

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 ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 3 – Conduzione di uno studio di prevalenza sulle ICA - CAUTI

INDICATORE: Documento progettuale

STANDARD: SI

FONTE: UOC DMO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC GPA	UOC DMO	UOC Risk Management	GOAS
Progettazione dello studio	C	C	R	C	C
Conduzione dell'indagine di prevalenza	C	C	R	C	C
Presentazione e diffusione dei risultati	C	C	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2022 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del documento all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del documento sulla home page del sito aziendale;
- Pubblicazione del documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Iniziative di diffusione del PARS 2022 a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Relatore/Docente.

Il documento, in formato pdf nativo, verrà inviato entro il 28 febbraio 2022 all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. 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)";
- Legge 8 marzo n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici";
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA).
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
- Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobica-resistenza (PNCAR) 2017-2020", approvato il 2 novembre u.s. con Intesa in Conferenza Stato-Regioni
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584 Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00642 25/01/2022 "Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato".
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
- Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>