

Ospedale San Carlo di Nancy  
Roma



## PIANO ANNUALE

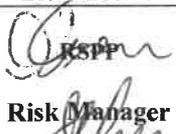
### PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - PARS

## PIANO ANNUALE

### PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - PARS

### OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY

ANNO 2025

data	Redazione	Verifica	Approvazione
28/02/2025	 Risk Manager	- Delegato alla sicurezza sul Lavoro -Direttore Sanitario -Direttore Risorse Umane	-Direttore sanitario -Delegato alla sicurezza sul Lavoro -Direttore Risorse Umane

## **INDICE:**

<b>1 - Contesto organizzativo .....</b>	<b>3</b>
<b>2 - Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....</b>	<b>5</b>
<b>3 - Descrizione della posizione assicurativa .....</b>	<b>5</b>
<b>4 - Resoconto delle attività del PARM precedente .....</b>	<b>6</b>
<b>5 - Matrice delle responsabilità.....</b>	<b>10</b>
<b>6 - Obiettivi e attività (escluso rischio infettivo).....</b>	<b>10</b>
<b>7 - Obiettivi e attività correlate al rischio infettivo .....</b>	<b>14</b>
<b>8 - Modalità di diffusione .....</b>	<b>18</b>
<b>9 - Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia.....</b>	<b>19</b>

## **1. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

L'ospedale San Carlo è un ospedale classificato e accreditato con il SSN (DCA n° 194 del 31/05/2016 e S.M.I.) ubicato nell'ambito del territorio NORD OVEST della ASL ROMA 1, in cui sono concentrate un notevole numero di strutture sanitarie afferenti alla Asl Roma 1.

L'Ospedale è una struttura autorizzata e accreditata come da DCA che eroga prestazioni di diagnosi e cura sia in regime di ricovero a ciclo continuativo per acuzie, sia diurno, dotato di n° 234 posti letto, di cui n° 173 accreditati e n° 61 autorizzati così ripartiti:

tipologia Chirurgica n° 162 posti letto di cui n° 148 posti letto ordinari e n° 14 posti letto day surgery.

tipologia Medica n° 53 posti letto di cui n° 45 ordinari e n° 8 posti letto di day hospital.

raggruppamento area critica n° 17 posti letto di cui n° 13 posti letto di terapia intensiva e n° 4 posti letto di unita terapia intensiva cardiologica.

L'Ospedale è provvisto di Pronto Soccorso, Servizio di Anestesia e Rianimazione, Servizio di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica, Sezione di Diagnostica e per Immagini (eco, tac, rmn) e Radiologia Interventistica Ambulatoriale, Laboratorio di base con settore specializzato di Citologia-Istologia, Ambulatorio Chirurgico e Polispecialistico, Presidio di Recupero e riabilitazione funzionale, Frigoemoteca con convenzione con il SIMT dell'Ospedale Santo Spirito. In relazione al rischio infettivo nell'anno 2023 è stata rinnovata la Composizione dei componenti del CIO (COMITATO DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI) le cui attività principali consistono nel monitoraggio e prevenzione degli eventi infettivi in sala operatoria e nelle degenze ai fini di adottare i necessari provvedimenti e istaurare un'attività di prevenzione dei rischi infettivi, volta alla riduzione/eliminazione degli stessi, verifica dei protocolli e loro applicazione in materia, rilevazione del rapporto tra pazienti ricoverati e infezioni correlate, esame del consumo di antibiotici e della correlazione tra le patologie e le terapie antibiotiche somministrate.

<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>POSTI LETTO ORDINARI</b>	<b>195</b>	ORTOPEDIA	<b>33</b>
		ORL	<b>12</b>
		UROLOGIA	<b>22</b>
		OCULISTICA	<b>3</b>
		GINECOLOGIA	<b>18</b>
		CHIRURGIA GENERALE	<b>30</b>
		NEUROLOGIA	<b>2</b>
		MEDICINA GENERALE	<b>31</b>
		CARDIOLOGIA	<b>12</b>
		CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	<b>2</b>
		CHIRURGIA PLASTICA	<b>2</b>
		PNEUMOLOGIA	<b>2</b>
		NEUROCHIRURGIA	<b>2</b>
		TORACICA	<b>2</b>
		VASCOLARE	<b>2</b>
CARDIOCHIRURGIA	<b>20</b>		
<b>POSTI LETTO DIURNI</b>	<b>22</b>	D.S. MULTISPECIALISTICO	<b>14</b>
		DH MEDICO	<b>8</b>
TERAPIA INTENSIVA	<b>13</b>		
UTIC	<b>4</b>		
PRONTO SOCCORSO	<b>1</b>		
FRIGOEMOTECA	<b>1</b>		
SALE OPERATORIE	<b>9</b>		
SALE CHIRURGICHE	<b>2</b>		
Presidio di Recupero e riabilitazione funzionale	<b>1</b>		

DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	7.443	Ricoveri diurni	2.087
Accessi PS	30.544		
Branche specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate	156.508
Chirurgia ambulatoriale	2.567		

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

In merito agli eventi segnalati, nella tabella sottostante e a seguito di Audit specifici, sono stati analizzati i fattori contribuenti agli eventi.

I principali fattori sono stati evidenziati nella mancata osservanza da parte dei pazienti delle indicazioni e informazioni relative al rischio caduta fornite dal personale sanitario ed in alcuni eventi a fattori organizzativi.

Le azioni di miglioramento apportate sono state l'introduzione della scala multidimensionale con la scheda di pianificazione assistenziale all'interno della cartella clinica elettronica nonché il costante monitoraggio di tutti i pazienti a rischio caduta da parte del personale sanitario e l'effettuazione di audit pianificati.

**Tabella 1 –Eventi segnalati anno 2024**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione (70%)	Strutturali (%) Tecnologiche (50%) Organizzative (20%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	37	86%			Sinistri (%)
Eventi Sentinella	3	0%			Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.

**Tabella 2 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2024	19	0	0
2023	29	0	0
2022	16	0	0
2021	21	3	5400
2020	20	0	0
2019	30	5	126.897
<b>Totale</b>	<b>116</b>	<b>8</b>	<b>132.297</b>

### **3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

**Tabella 3 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2024	28.02.2029	RELYENS	550000	400000	
2023	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2022	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2021	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2020	31.1.2021	Am trust	594000	400000	
2019	31.1.2021	Am trust	540000	400000	

### **4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

#### **Monitoraggio degli eventi sentinella, eventi avversi e dei near miss:**

- Per ogni singolo evento, indipendentemente dal danno riportato dal paziente (quindi anche in assenza di danno), viene eseguita una raccolta documentale completa (relazioni, documentazione medica, scheda per la valutazione multidimensionale del rischio di caduta, interventi assistenziali per l’utente a rischio, informativa cadute...). Se il paziente ha riportato un danno severo (esempio: frattura femore), vengono monitorate le sue condizioni di salute. Vengono esaminate le cause dell’evento con l’adozione di eventuali nuove misure di prevenzione.

#### **Gestione dei sinistri e monitoraggio dei dati a cura dell’ufficio preposto.**

- Svolgimento di attività di valutazione dei sinistri (frequenza, cause e circostanze, valutazione dei danni riportati...) con elaborazione periodica di relazione riassuntiva. Eventuale adozione di idonee misure di prevenzione. Esecuzione di audit interni in caso di segnalazioni di eventi che richiedono degli approfondimenti.
- **Controllo periodico ed implementazione del consenso informato e dei vari consensi in uso**, nonché della modulistica di segnalazione degli eventi avversi. Il personale sensibilizza continuamente i pazienti sul corretto comportamento da adottare per limitare il rischio cadute attraverso l’elaborazione del piano assistenziale. Inoltre è stata implementata la scheda descrizione caduta che viene correttamente compilata ed analizzata per il sistema di reporting. In occasione della giornata mondiale della sicurezza del paziente sono stati organizzati incontri organizzativi con le varie U.O. e con i referenti della qualità relativamente all’applicazione della

corretta procedura sulla somministrazione e acquisizione del consenso informato. Nel corso dell'anno 2023 sono state revisionate le procedure in tema di sicurezza del farmaco; tenendo conto dei documenti di indirizzo regionali emanati dal Centro Regionale Rischio Clinico e dalla Regione Lazio sono state revisionate ed implementate le procedure relative al percorso clinico assistenziale del paziente (corretta identificazione del paziente, corretta attribuzione del codice triage; digitalizzazione del percorso chirurgico del paziente, ecc).

- Inoltre viene periodicamente eseguito il controllo della qualità, chiarezza e completezza delle cartelle cliniche.
- Nell'ambito delle attività del Servizio di Prevenzione e Protezione si è proceduto alla corretta applicazione di tutte le misure previste dal D.Lgs. 81/08 in termini di:
  - Sopralluoghi periodici;
  - Valutazione del Rischio;
  - Formazione e informazione dei lavoratori.

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni (CIO) ha vigilato e presiede tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale. Sono stati verificati tutti i casi rilevati dal settore microbiologia del Laboratorio Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva (messi in essere secondo protocolli specifici presso alcune aree di ricovero), nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tuberculosis, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multiresistenti.

I risultati di tale attività consentono di individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno, nonché valutare gli esiti di eventuali azioni preventive.

I dati rilevati vengono, inoltre, comunicati al personale medico e infermieristico e rappresentano uno strumento per la redazione di documenti di indirizzo, protocolli e procedure per il contenimento del fenomeno.

Il CIO svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza, con lo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali.

Per quanto riguarda le attività relative al lavaggio delle mani è stata effettuata la formazione a tutto il personale sanitario ed è stato eseguito un monitoraggio sul campo mediante l'utilizzo della scheda elaborata dal Centro Regionale Rischio Clinico. Le rilevazioni sono state effettuate da un team di rilevatori appositamente formato ed incaricato di effettuare le rilevazioni presso tutte le UU.OO. I risultati del monitoraggio sono stati presentati alle varie UU.OO..

**Tabella 4 –Resoconto delle attività ad esclusione del rischio infettivo) del Piano precedente**

<b>Obiettivo A</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITA' 1: - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione rischio clinico</b>	Sì	Il corso accreditato ECM è stato effettuato in presenza in data 25/09/2024
<b>Attività 2- esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo al percorso sepsi</b>	Sì	Effettuato in data 19/09/2024

<b>Obiettivo B</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>

<b>ATTIVITA' 1: - Controllo periodico della qualità delle check list operatorie</b>	Sì	Verifica effettuata sul campione del 5% del totale
<b>ATTIVITA' 2: - Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici</b>	SI	Attività completamente realizzata - 100% dei casi
<b>Attività 3- Monitoraggio semestrale schede LDP</b>	SI	Attività completamente realizzata: è stata analizzato il 100% delle schede

<b>Obiettivo C</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
attività 1- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione la gestione dei rifiuti speciali all'interno della struttura sanitaria	NO	Edizione di formazione non realizzata verrà realizzata nel 2025
attività 2- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla gestione delle aggressioni e delle conflittualità	SI	Edizione di formazione accreditata ECM realizzata il 09/04/2024

**Tabella 5 –Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo del Piano precedente**

<b>Obiettivo A</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di corsi di formazione in relazione all'igiene delle mani</b>	Sì	Sono state svolte nei mesi di gennaio 2025
<b>Attività 2- prevenzione e gestione sepsi – implementazione procedura sepsi</b>	Sì	La procedura è stata implementata

<b>Attività 3- impiego di protettori di parete in chirurgia addominale in regime di urgenza.</b>	NO	Lo studio verrà svolto nel 2025
--	----	---------------------------------

<b>Obiettivo B</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1- Monitoraggio e feedback Igiene Mani</b>	SÌ	Il monitoraggio è stato condotto a Gennaio 2025 utilizzando un nuovo applicativo informatico dedicato. Il report relativo è in fase di predisposizione e sarà completato entro febbraio 2025.
<b>Attività 2- Monitoraggio consumo gel idroalcolico</b>	SÌ	Il monitoraggio è stato condotto <b>ha evidenziato un incremento di consumo del 47,7%</b>

<b>Obiettivo C</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività1 SORVEGLIANZA ALERT ORGANISM MULTIRESISTENTI E BATTEREMIE DA CPE/CRE</b>	SÌ	Sono stati realizzati report trimestrali discussi nelle riunioni del CICA
<b>Attività 2- Sorveglianza epidemiologica del tasso di infezione intervento chirurgia miniinvasiva valvola mitralica</b>	SI	I dati sono stati presentati ad una riunione del CICA
<b>Attività 3- Monitoraggio consumo antibiotici</b>	SI	È stato predisposto un report sul consumo di antibiotici del 2024 da cui si evince che l'antibiotico più utilizzato è la Cefazolina con 4,67 DDD/100 giornate di degenza

## 5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

*Tabella 9 –Matrice delle responsabilità*

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	RSPP Risk Manager	Responsabile UO	Direttore Generale	Direttore Sanitario (1)	Direttore Delegato sicurezza
Redazione PARS	C	R	I	C	C	C
Redazione Punto. 2-3	C	R	I	I	C	R
Redazione Punto.7	R	R	C	I	R	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C	C
Monitoraggio Punto.7	R	C	C	I	C	C

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

## 6-OBIETTIVI E ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)

### 6.1 Obiettivi

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

## **6.2 Attività**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>			
<b>Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione rischio clinico</b>			
<b>Indicatore</b> Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025			
<b>Standard</b> SI			
<b>Fonte</b> Piano di formazione			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Responsabili del personale</b>	<b>Area Formazione Responsabili di struttura</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>			
<b>Attività 2- esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo al percorso sepsi</b>			
<b>Indicatore</b> Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025			
<b>Standard</b> SI			
<b>Fonte</b> Piano di formazione			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Responsabili del personale</b>	<b>Area Formazione Responsabili di struttura</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**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- Controllo periodico della qualità delle check list operatorie**

**Indicatore**  
Analisi di almeno il 5 % del totale

**Standard**  
SI

**Fonte**  
Documentazione clinica

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Direttori sanitari</b>	<b>Responsabili di struttura</b>	<b>Risk Manager</b>
Analisi delle cartelle	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**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- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici**

**Indicatore**  
Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento

**Standard**  
Numero di Audit effettuati =100%

**Fonte**  
DOCUMENTAZIONE CLINICA, SEGNALAZIONI

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzioen Sanitaria</b>	<b>Responsabili di struttura</b>
Effettuazione Audit - azioni di miglioramento	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**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- Monitoraggio semestrale LDP**

**Indicatore**

**Analisi e reportistica delle schede di registrazioni**

**Standard**

SI

**Fonte**

Documentazione clinica

<b>Azione</b>	<b>Responsabile di struttura (R.U)</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Effettuazione indagine e raccolta dati- condivisione-azioni di miglioramento	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>

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

**attività 1- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione la gestione dei rifiuti speciali all'interno della struttura**

**Indicatore**

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025

**Standard**

SI

**Fonte**

Piano di formazione

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Responsabili del personale/</b>	<b>Area formazione Responsabili di struttura</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
Progettazione e esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

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

**attività 2- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla gestione delle aggressioni e delle conflittualità**

**Indicatore**

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025

**Standard**

SI

**Fonte**

Area Formazione

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Responsabili del personale</b>	<b>Responsabili di struttura</b>	<b>Risk Manager</b>
		<b>Area formazione</b>	
Progettazione e esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**7- OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**7.1 Obiettivi**

- 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 corsi di formazione del personale in relazione all'igiene delle mani**

**Indicatore**

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025

**Standard**

SI

**Fonte**

Piano formazione

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Responsabili del personale</b>	<b>Responsabili di struttura Area di formazione</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
Progettazione e esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

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

**Attività 2- prevenzione e gestione sepsi**

**Indicatore:**

Implementazione della procedura

**Standard**

SI

**Fonte**

Linee guida regionali , Nazionali e aziendali

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>UO T.I.</b>	<b>CIO</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
<b>revisione procedura</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

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

**Attività 3- impiego di protettori di parete in chirurgia addominale in regime di urgenza.**

**Indicatore**

riduzione dell'incidenza delle Superficial SSI

**Standard**

SI entro il 31/12/2025

**Fonte**

DOCUMENTAZIONE CLINICA – ESAMI LABORATORIO

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>CIO</b>	<b>UO CHIRURGIA</b>	<b>Risk Manager Direzione sanitaria</b>
<b>Progettazione – presentazione e valutazione dei risultati</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.**

**Attività 1- MONITORAGGIO E FEEDBACK IGIENE DELLE MANI**

**Indicatore**

Aumento della compliance all'igiene delle mani misurata mediante osservazioni sul campo

**Standard**

SI

**Fonte**

Piano aziendale igiene delle mani

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>CIO</b>	<b>Risk Manager</b>
Survey igiene delle mani	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.**

**Attività 2 – MONITORAGGIO CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA IGIENE DELLE MANI (I/1000 GG DEGENZA)**

**Indicatore:**

**ELABORAZIONE REPORT ANNUALE**

**Standard**

SI

**Fonte**

Farmacia

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Farmacia</b>	<b>CIO</b>	<b>Risk Manager Direzioen sanitaria</b>
Monitoraggio	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)**

**Attività 1: SORVEGLIANZA ALERT ORGANISM MULTIRESISTENTI E BATTEREMIE DA CPE/CRE**

**Indicatore** SEGNALAZIONE ISOLAMENTO AMR –CRE - REPORT TRIMESTRALI GERMI SENTINELLA

**Standard**  
SI

**Fonte**  
SCHEDE DI SEGNALAZIONI

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>LABORATORIO MICROBIOLOGIA</b>	<b>CIO</b>	<b>Risk Manager Direzione Sanitaria</b>
Sorveglianza laboratorio microbiologia	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)**

**Attività 2- Sorveglianza epidemiologica del tasso di infezione intervento chirurgia miniinvasiva valvola mitralica**

**Indicatore**  
Dati report dello studio

**Standard**  
SI

**Fonte**  
Documentazione clinica –flussi informativi

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>UO Cardiochirurgia</b>	<b>CIO</b>	<b>Risk Manager Direzione sanitaria</b>
Effettuazione monitoraggio	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)**

**attività 3 - Monitoraggio corretto uso antibiotici**

**Indicatore**

Almeno una riunione del CICA di verifica intermedia durante il 2025

**Standard**

SI

**Fonte**

Pncar 2022-2025 manuale antibiotici aware

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario Responsabili di struttura</b>	<b>Farmacia Laboratorio microbiologia</b>	<b>Risk Manager</b>
Monitoraggio	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

**8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE**

Il PARS, una volta approvato, verrà pubblicato sulla *home page* del sito internet della struttura e condiviso con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione e approvazione.

## **9 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- 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”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- 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, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “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”;
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
- 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. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti?’”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. 616829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- 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”;
- D.C.A. U00034 del 23/01/2019 con oggetto: "Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo al Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità spa (P. IVA 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”
- Determinazione n. G01226 del 02/02/2018 Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”
- D.C.A. U00476 del 26/11/2019 con oggetto “Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U00034 23/01/2019 concernente *“Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo del Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità S.p.a. (P. I.V.A. 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”*. Autorizzazione all’esercizio per ampliamento funzionale di branche specialistiche ambulatoriali. Variazione del Direttore Sanitario”
- Determinazione n. G00164 dell’11/01/2019 Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Nota Regione Lazio con oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”prot. n. 884417 del 15.10.2020.

- Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- DETERMINAZIONE N. G16501 del 28/11/2022 “Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”
- DETERMINAZIONE N G15198 del 06/11/2022 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
- Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l’Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);
- Circolare Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio n. U.0091714.22-01-2024 recante indicazioni in merito al “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)”.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Ministero della Salute: "Risk Management 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 “Safe Surgery Save Live”;
- 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=911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=911&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); -[http://www.regione.lazio.it/rl\\_sanita/?vw=contenuti Dettaglio&id=311](http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenuti Dettaglio&id=311).