

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2023

# PARS

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
Redazione	Dott. E. Lanzara	Risk Manager	28/03/2024	
Verifica	Dott. E. Lanzara Dott.ssa P. De Domenico Dott. A. Curzio	Risk Manager Direttore Sanitario Direttore Ammministrativo	28/03/2024	
Approvazione	Risk Manager Direttore Sanitario Direttore Ammministrativo	Risk Manager Direttore Sanitario Direttore Ammministrativo	28/03/2024	

Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<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>6</b>
<b>4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2023 .....</b>	<b>7</b>
<b>4..2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2023 .....</b>	<b>8</b>
<b>5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>9</b>
<b>6 OBIETTIVI .....</b>	<b>10</b>
<b>6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2023.....</b>	<b>10</b>
<b>7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....</b>	<b>14</b>
<b>9 RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>14</b>
<b>10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>15</b>

## Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2023 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.

L'obiettivo è quello di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;

## 1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica a all'ICM-Istituto Clinico Mediterraneo S.p.A., che agisce come struttura sanitaria privata accreditata, e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero per diagnosi e cura a ciclo continuativo e diurno
- Visite mediche ambulatoriali
- Assistenza medico-infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

L'ICM Istituto Clinico Mediterraneo S.p.A. dispone di n. 107 posti letto autorizzati, di cui 102 accreditati e contrattualizzati con il SSN. I posti letto sono distribuiti in camere singole o doppie.

Come da decreto del Commissario Ad Acta n. 11 del 31/10/2014, di accreditamento definitivo con il SSN, si precisa che le branche in cui opera l'ICM sono:

### **AREA CHIRURGICA:**

- CHIRURGIA GENERALE
- ORTOPEDIA E CHIRURGIA VERTEBRALE
- OSTETRICA con annesso NIDO FISIOLÓGICO
  - GINECOLOGIA

### **AREA MEDICA:**

- CARDIOLOGIA;
- MEDICINA GENERALE
- DAY HOSPITAL;

**SPECIALISTICHE AMBULATORIALI:**

- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI;
- FKT
- EMODIALISI

DATI STRUTTURALI		
Struttura		ICM ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO S.P.A
Mq. Complessivi		MQ 6.462

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

ORGANIZZAZIONE <sup>1</sup>			
Risorse umane al 31/12/2023	N° 169	Ruolo sanitario: 155 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 14	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
<b>ACUTI</b>			
CHIRURGIA GEN.	24	SSN	
ORTOPEDIA	15	SSN	
MEDICINA GENERALE	38	SSN	
CARDIOLOGIA	5	SSN	
OST-GIN. (NIDO)	20	SSN	
<b>AMBULATORIALE</b>			
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		SSN	PRIVATO/ASS
FKT		SSN	PRIVATO/ASS
EMODIALISI		SSN	ASS

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2023			
SETTING	PRESTAZIONI		PRESTAZIONI
DIMESSI Day Hospital Diagnostico	1064	DIMESSI Ginecologia (Ordinario-D.S.-PACC)	390
DIMESSI Chirurgia Generale (ordinario- D.S.- PACC)	1.267	DIMESSI nido	440
DIMESSI Ortopedia (Ordinario-D.S. -PACC)	1.372	DIMESSI Chirurgia Vertebrale	104
DIMESSI Cardiologia	751		
DIMESSI Medicina Generale	707		
DIMESSI Ostetricia (Ordinario-D.S.- PACC)	521		

SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2023			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	n. 5237	EMODIALISI	n. 5016
FKT	n. 333 (Cicli)		

## 2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

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 normativa<sup>2</sup> e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2023 sono stati: n 11

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	6	(16%)	<b>Strutturali (10%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (50%)</b>	<b>Strutturali (10%) Organizzative (40%) Procedure/ Comunicazione (50%)</b>	<b>Sistemi di Reporting sinistri (80%) emovigilanza e farmacovigilanza (10%) dispositivi vigenti (10%) ICA</b>
Eventi avversi	5	(20%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2023

Anni: dal 2018 al	N. Sinistri	Valore economico Risarcimenti erogati nel quinquennio
<b>2022</b>	<b>20</b>	<b>€ 2.264.582,00</b>

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

La Struttura ad oggi non possiede alcuna polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, ma è in regime di auto ritenzione.

### 4 Resoconto delle attività del piano precedente

Nella seguente sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2023.

#### 4.1 Resoconto delle attività del 2023

<b>OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>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 "</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>in itinere</b>
<b>Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico –Corretta compilazione della check list</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>in itinere</b>

<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</b>		
<b>Attività (2) Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC;</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 15 cartelle 100% conformi	<b>SI</b>	<b>completato</b>
<b>Attività (3) promozione ed esecuzione di attività di auting clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attraverso audit interni</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione audit clinici	<b>SI</b>	<b>completato</b>
<b>OBIETTIVO 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</b>		
<b>Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali</b>		
INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	<b>SI</b>	<b>in itinere</b>

#### 4.2 Attività rischio infettivo 2023

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>		
<b>Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>in itinere</b>
<b>Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>in itinere</b>

<b>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</b>		
<b>ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di ICM</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C	<b>SI</b>	<b>completato</b>
<b>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</b>		
<b>ATTIVITÀ (4)- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE</b>		
Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione



<b>Indicatore:</b> Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva	<b>NON APPLICABILE</b>	
<b>ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).</b>		
<b>Partecipazione ai corsi rischio clinico</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Indicatore:</b> <i>Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza</i> 70% di personale sanitario da coinvolto/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>completato</b>

## 5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

- 1. Risk Manager:** redige il Piano e ne monitora l'implementazione, compresa la sezione specifica sul rischio infettivo.;
- 2. Direttore Sanitario/Presidente del CdA:** monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo in collaborazione con il Risk Manager;
- 3. Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano ad adottare il PARS in tempo utile per consentire l'invio del documento; 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 CdA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Redazione punti A2 e A3	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Redazione punto A7	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>
Adozione PARS	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Monitoraggio PARS	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

Monitoraggio punto A7	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

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 la gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS, sono stati indicati gli obiettivi strategici da implementare nel corso dell'anno 2024.

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 per il 2024

<b>OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>			
<b>ATTIVITÀ (1)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Indicatore:</b> Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità "			
<b>Formula:</b> (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
<b>Standard:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
<b>Fonte:</b> RSQ, Privacy, Clinical Risk Management.Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2024	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RM/DSAN</b>	<b>AREA FORMAZIONE</b>	<b>FIGURE DI SUPPORTO</b>
Progettazione dei contenuti dei corsi	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Organizzazione ed accreditamento del corso	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Esecuzione del corso	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>ATTIVITÀ 2)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Indicatore:</b> Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso " Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "			
<b>Formula:</b> (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
<b>Standard:</b> 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			

<b>Fonte:</b> RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2024r	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>RM/DSAN</b>	<b>AREA FORMAZIONE</b>	<b>FIGURE DI SUPPORTO</b>
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	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</b>			
<b>ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza</b>			
<b>Indicatore:</b> verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella			
<b>Standard:</b> su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi			
<b>Fonte:</b> DSAN			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>RM/DSAN</b>	<b>FIGURE DI SUPPORTO</b>	<b>RESP.LI MEDICI</b>
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

<b>ATTIVITA' (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture</b>			
<b>Indicatore:</b> Mantenimento dei requisiti di qualità attraverso le attività di audit			
<b>Standard:</b> Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-			
<b>Fonte:</b> DSAN			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>RGQ</b>	<b>RM/DSAN</b>	<b>PERSONALE SANITARIO</b>
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**

<b>MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>			
<b>ATTIVITA' 5</b>			
Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere			
<b>Indicatore:</b> realizzazione di almeno 1 opuscolo			
<b>Standard:</b> formato pieghevole			
<b>Fonte:</b> RSQ-Marketing-DSAN			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>RMDSAN</b>	<b>RSQ</b>	<b>FIGURE DI SUPPORTO</b>
Proposta di pieghevole	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Approvazione pieghevole	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Distribuzione pieghevole nei reparti	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

## 7 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

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:

- 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 31/12/2024, 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero batteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

### 7.1 Le attività rischio infettivo

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>	
<b>ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA</b>	
<b>Indicatore</b> un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA	
<b>Standard:</b> 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario	
<b>Fonte:</b> DSAN	<b>Scadenza:</b> 31/12/2024

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Organizzazione ed accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
<b>ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici</b>			
<b>Indicatore</b> un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti			
<b>Standard:</b> 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
<b>Fonte:</b> DSAN			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Organizzazione ed accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>

**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 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

<b>ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di ICM</b>			
<b>Indicatore:</b> Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E			
<b>Standard:</b> Raggiungimento livello massimo al 31/12/24			
<b>Fonte:</b> DSAN			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Monitoraggio degli obiettivi	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Redazione report finale	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>

**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

<b>ATTIVITÀ 4)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).</b>			
<b>Indicatore:</b> Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza			
<b>Standard:</b> 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario			
<b>Fonte:</b> RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità			<b>Scadenza:</b> 31/12/2024
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<i>Azione</i>	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA

Progettazione dei contenuti dei corsi	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>
Organizzazione ed accreditamento del corso	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Esecuzione e delle aule	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

## 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 Aziendale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS sul sito internet di ICM-Istituto Clinico Mediterraneo SpA
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- 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;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
4. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
5. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
6. 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"
7. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

8. 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"
9. 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."
10. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
11. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
12. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
13. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
14. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
15. 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
16. 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
17. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
18. 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
19. 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"
20. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
21. 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](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](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