Ospedale
Regina Apostolorum

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

EDIZIONE: prima	REVISIONI					
	0	1	2	3	4	5
Data	31.01.2022					
Motivo revisione	Prima emissione					
Emesso da	Risk Manager					
Verificato da	Direttore Sanitario					
Approvato da	Direttore Generale					

Ospedale Regina Apostolorum S.r.l.

Via S. Francesco, 50 – 00041 Albano Laziale (RM)
Tel. +39 06 932 989 – Fax 06 932 11 38
E-mail: info@reginaapostolorum.it – web: www.reginapostolorum.com
Cap.Soc. euro 10.000,00 i.v. – C.F./P.IVA 16204151001 – Rea RM – 1641295

Member of Lifenet Healthcare

Soggetta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Lifenet S.r.l. Società Unipersonale – Via Montenapoleone, 10 – 20121 MILANO
C.F./P.IVA 10141880962 – REA MI 2508911 – Cap.Soc. euro 25.000,00 i.v.

INDICE

1. **Contesto organizzativo** 4
2. **Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati** 6
3. **Descrizione della posizione assicurativa** 8
4. **Resoconto delle attività del Piano precedente** 9
5. **Matrice delle responsabilità** 11
6. **Obiettivi e attività** 12
   - *6.1 Obiettivi* 12
   - *6.2 Attività* 12
7. **Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo** 14
   - *7.1 Obiettivi* 14
   - *7.2 Attività* 14
8. **Modalità di diffusione del documento** 16
9. **Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi** 16

PREMESSA

Tenuto conto dell'attuale situazione epidemiologica, che continua a registrare un'elevata circolazione dl virus SARS-CoV-2 in tutto il territorio nazionale, la comunità rappresenta il luogo da cui dipende il controllo dell'epidemia ma dove, allo stesso tempo, si possono trovare nuove opportunità per interventi di prevenzione e promozione della salute.
È stato, in questi anni, essenziale lavorare in equipe multidisciplinari e promuovere la conoscenza e la comunicazione continua tra i gruppi di lavoro, facilitando la collaborazione e l'integrazione e, quindi, sostenendo l'operatività attraverso la promozione di azioni programmate.
La stretta collaborazione tra l'Ospedale Regina Apostolorum ed i servizi territoriali della ASL Roma 6 ha rappresentato, infatti, una risorsa importante oltre che una necessità, rafforzata anche dall'assistenza domiciliare, come servizio trasversale tra ospedale e territorio.
Queste evidenze hanno messo in risalto, da un lato, l'importanza della formazione affinché tutto il personale sanitario cresca professionalmente con una *forma mentis* orientata all'integrazione e alla comunicazione tra ospedale e territorio, dall'altro hanno fatto emergere una criticità nazionale riguardante i flussi informativi COVID. Questi ultimi risultavano ripetitivi per uno stesso target ed esponevano al rischio di moltiplicare la stessa informazione su più canali comunicativi (e-mail, telefono, siti web...), mentre sarebbe più utile realizzare un unico punto informativo che garantisca il ritorno dell'informazione.
Da non trascurare, inoltre, l'aspetto dello stress tra gli operatori a cui hanno contribuito le condizioni ed il carico lavorativo, la paura del contagio, la mobilità del personale che ha aderito ad avvisi pubblici approvati durante la pandemia nonché la necessità di rimodulare più volte l'organizzazione dell'Ospedale in base al numero crescente dei casi e alle esigenze gestionali.
Nonostante queste difficoltà, l'emergenza ha evidenziato soprattutto i punti di forza del personale, quali:

- la presenza di un gruppo coeso con il quale confrontarsi, condividere strategie e lavorare in sinergia per il raggiungimento dell'obiettivo comune;
- la possibilità di un supporto costante e continuativo da parte dei referenti apicali in caso di criticità.

In conclusione è possibile asserire che questa esperienza pandemica ha rappresentato un valore aggiunto per gli operatori sanitari, in termini di maggiore consapevolezza verso la qualità e la sicurezza delle cure, e per i pazienti che hanno riacquistato fiducia verso il servizio sanitario regionale, sotto la pressione del commissariamento per diversi anni da cui è uscito nell'anno appena trascorso.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Regina Apostolorum, rilevato nel mese di Settembre 2021 dalla Società Ospedale Regina Apostolorum S.r.l., membro del gruppo Lifenet Healthcare, ha sede in un gruppo di immobili, sito in Albano Laziale (Roma) in Via San Francesco n° 50, territorialmente inserito nella ASL Roma 6.

E' provvisto di autorizzazione ed accreditamento con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), ottenuto con il DCA U00407 del 18.11.2014, che prevede n. 210 posti letto (pp.ll.) accreditati con la Regione Lazio.

Con DCA U00160 del 26.04.2018 il nostro presidio ospedaliero è stato riconfigurato in attuazione del DCA 257/2017, in n. 194 posti letto per il disaccreditamento dei posti letto di Pediatria (13 pp.ll. ordinari + 3 pp.ll. diurni).

Con successivo DCA U0067 del 22.02.2019 l'Ospedale ha ottenuto l'Accreditamento Istituzionale del Centro Dialisi Ambulatoriale per n. 9 posti + n. 1 posti HBsAg+.

Con Delibera Regionale n. 531 del 3 agosto 2021 è stata autorizzata la voltura dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alla nuova Società.

Nell'Ospedale lavorano circa 317 operatori, rilevati al 31.12.2021, garantendo la tutela della salute come bene collettivo ed individuale, promuovendo azioni necessarie al raggiungimento di obiettivi di efficacia assistenziale, appropriatezza tecnica ed organizzativa.

In tabella 1 sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici aggregati a livello ospedaliero.

Tabella 1 – Dati di strutturali e di attività dell'Ospedale Regina Apostolorum aggiornati al 31.12.2021

OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM			
DATI STRUTTURALI[1]			
Posti letto ordinari	**162**	Urologia	16
		Chirurgia generale	25
		Malattie dell'Apparato Respiratorio	27
		Oncologia	16
		Gastroenterologia	18
		Medicina Generale	43
		Malattie Endocrine e del Ricambio Nutrizionale	17

[1] Come da DCA n. U00160 del 26.04.2018

Posti letto diurni	**32**	Chirurgia generale	1
		Malattie dell'Apparato Respiratorio	6
		Oncologia	9
		Gastroenterologia	4
		Medicina Generale	8
		Malattie Endocrine e del Ricambio Nutrizionale	4
Numero Blocchi Operatori	**1**	**Numero Sale Operatorie**	**4**
DATI ATTIVITÀ[2]			
Ricoveri ordinari	**3.357**	**Ricoveri diurni**	**348**
Branche specialistiche	**26**	**Prestazioni ambulatoriali erogate** (escluso Medicina di Laboratorio)	**47.038**

Sono continuati nell'anno 2021 gli interventi di riorganizzazione della struttura, contestualmente all'evolversi della pandemia da SARS-CoV-2, che hanno evocato tra l'altro la realizzazione di percorsi differenziati per pazienti COVID e non-COVID, la riconversione dei posti letto attivi in posti letto COVID garantendo, comunque, l'assistenza sanitaria sia ordinaria che ambulatoriale ai cittadini.

Il Comitato di controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA), costituitosi nell'anno 2010 e riorganizzato nell'anno 2020 in considerazione dell'emergenza sanitaria, verosimilmente subirà una nuova riorganizzazione nell'anno corrente, per la sostituzione di figure che hanno cessato la loro attività lavorativa.

Attualmente il CC-ICA è cosi composto:

- Dott.ssa Maria Teresa D'Agostino, Direttore Sanitario – Presidente del CC-ICA
- Dott.ssa Luisa Seminara – Risk Manager
- Dott. Fabrizio Soscia – Specialista Infettivologo (consulente)
- Dott.ssa Paola Lupi – Responsabile Qualità e Dirigente Assistenza Infermieristica
- Dott. Massimo Consiglio – Farmacista
- Dott. Massimo Bianchi – Direttore S. Complessa Laboratorio Analisi
- Dott. Andrea Liverani – Direttore S. Complessa Chirurgia Generale
- Dott. Roberto D'Ascenzo – Dirigente Medico S. Complessa Urologia
- Dott. Pietro Del Duca – Direttore S. Complessa Malattie Apparato Respiratorio

[2] Dati forniti dalla Direzione Amministrativa ed aggiornati al 31.12.2021

- Dott. Angelo E. Catucci – Direttore S. Complessa Medicina
- Maura Tifi – Coordinatore Infermieristico Chirurgia Generale – Urologia
- Anita Giorgi - Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio
- Daniele Marsili - Coordinatore Infermieristico Medicina
- Antonia Fago – Coordinatore Infermieristico Malattie Apparato Respiratorio

L'attività del CC-ICA ha riguardato, oltre che le misure di prevenzione e gestione del contagio da coronavirus ed il monitoraggio delle attività già in essere, quali programma di antimicrobical stewardship e sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), anche l'attuazione del piano regionale d'intervento sull'igiene delle mani.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, vengono riportati in tabella 2 gli eventi segnalati nell'anno 2021, distinti per tipologia (near miss, eventi avversi ed eventi sentinella), per cause che li hanno generati nonché per azioni di miglioramento intraprese, unitamente ad una relazione descrittiva degli stessi.

Tabella 2 – 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[3]	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	60	100%	Strutturali (40%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Strutturali (20%) Organizzative (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Sistemi di reporting (98%) Sinistri (1%) Dispositivovig. (1%)
Eventi Avversi	14	100%			
Eventi Sentinella	4	25%			

Nell'anno 2021 sono stati segnalati n. 60 **near miss**, tutti riconducibili a cadute accidentali di pazienti ricoverati classificati come "evento senza danno attuale".

I n. 14 **eventi avversi** riportati nella tabella 2 riguardano anch'essi cadute accidentali dei pazienti ricoverati, classificati come "evento con danno lieve o medio", riconducibili a fattori non prevenibili (es. lipotimie improvvise).

In totale, dunque, le cadute accidentali dei degenti sono state n. 75 nell'anno 2021, con un trend in diminuzione rispetto a quelle dell'anno 2020 (n. 83). per il quinto anno consecutivo dall'introduzione dell'alert di colore giallo da apporre sul braccialetto identificativo dei pazienti, a

[3] I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *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.

testimonianza che si tratta di uno strumento molto utile per prevenire il rischio delle cadute accidentali.

Sono stati segnalati sul portale *Rating Asl* gli **eventi sentinella** (in numero di 4), di cui si riporta di seguito una breve descrizione.

L'evento sentinella (ES) **nr. 148/2021** riguarda un'aggressione verbale a danno di un operatore da parte della persona assistita, esasperata dal protrarsi dell'attesa di una bevanda calda, essendo il personale impegnato per un'urgenza in corso.

Le azioni correttive intraprese hanno riguardato un training sull'attività di mediazione degli operatori che, in considerazione delle restrizioni riconducibili alla pandemia, quale ad es. il divieto di accesso dei parenti nei reparti di degenza, si rende indispensabile unitamente ad una migliore comunicazione con il degente circa ruoli e compiti del personale stesso.

Anche l'evento sentinella **nr. 1814/2021** ha riguardato un'aggressione verbale a danno di più operatori, scatenata dalle numerose richieste da parte della persona assistita di bottiglie di acqua, a cui il personale ottemperava per cercare di soddisfare i bisogni espressi dal degente.

Da un'attenta analisi dell'evento e dall'esame della documentazione sanitaria è emersa la necessità di valutare l'aspetto neurocognitivo della persona assistita, che perpetuava con atteggiamenti aggressivi rivolti al personale da ricondursi al distacco con il caregiver durante il ricovero.

I correttivi intrapresi sono stati clinici, con aggiustamento della terapia specifica, ma soprattutto si è agevolato il contatto tra la persona assistita ed il familiare con mezzi di comunicazione alternativi alle visite in presenza (es. videochiamate).

L'evento sentinella **nr. 2690/2021** è una lussazione della testa dell'omero conseguente a caduta accidentale durante il ricovero.

La persona assistita era stata valutata all'ingresso come ad alto rischio di caduta ma, contrariamente a quanto previsto dalla procedura in essere, non sono state posizionate le spondine di contenzione.

Si è proceduto ad un refresh formativo per tutto il personale, con particolare riferimento a quello neoassunto, sulla procedura di prevenzione delle cadute accidentali in tutti i reparti di degenza.

L'evento sentinella **nr. 3250/2021** riguarda un re-intervento chirurgico per riscontro diagnostico della presenza di catetere che dalla doccia parietocolica destra raggiunge con l'estremo lo scavo pelvico in sede pararettale sinistra.

Dall'audit effettuato è emersa la necessità di revisionare la procedura operativa sulla gestione dei drenaggi chirurgici che non prevedeva l'evidenza del controllo dell'integrità del drenaggio chirurgico alla rimozione dello stesso. Inoltre si è introdotta una supervisione durante l'esecuzione della suddetta attività da parte di personale neo-assunto.

In tabella 3 sono riportati sinteticamente le sinistrosità ed i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017). Sono stati presi in considerazione esclusivamente i sinistri e i risarcimenti correlati al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad es. smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc..).

In particolare si sono verificate, nel quinquennio in questione n. 19 sinistri correlati al *Risk Management,* così distinti:

- ✓ N. 2 cadute e/o incidenti occorsi ad utenti esterni in Ospedale,
- ✓ N. 17 eventi da ricondursi a danni correlati al ricovero e/o a prestazioni eseguite in Ospedale.

Quindi su 19 sinistri ne sono stati risarciti, al momento, n. 2 per un totale di € 130.060,38.

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

Anno	N. Sinistri aperti[4]	N. Sinistri liquidati[4]	Risarcimenti erogati[4]
2017	3	0	€ 30.000,00
2018	4	0	0
2019	5	0	0
2020	2	0	0
2021	5	2	€ 100.060,38
Totale	**19**	**2**	**130.060,38**

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019	30 aprile	LLOYD'S LONDRA	€ 430.221,03	€ 75.000,00 € 150.000,00 (in caso di morte)	EURORISK TRENTO
2020	30 aprile	LLOYD'S LONDRA	€ 421.029,00	€ 100.000,00 € 150.000,00 (in caso di morte)	EURORISK TRENTO
2021	30 aprile	LLOYD'S LONDRA	€ 312.000,00	€ 100.000,00 € 150.000,00 (in caso di morte)	EURORISK TRENTO

[4] Sono riportati, come previsto, solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio effetti personali, danni a cose, ecc..)

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Facendo seguito alle indicazioni riportate nella Determinazione n. G00463 del 25.01.2022, avente ad oggetto *"Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario"*, si riporta di seguito uno schema riepilogativo delle attività previste dai Piani annuali di Risk Management (PARM) e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), la loro realizzazione o le criticità che non hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi prefissati (tabella 5).

Giova sottolineare che l'attività del Risk Management e quella del CC-ICA nell'anno 2021 hanno interessato, prevalentemente, il controllo della diffusione e del contagio da infezione SARS-CoV-2, attuando in particolare interventi di prevenzione e promozione della salute di operatori, pazienti e visitatori, come ampiamente descritto in premessa.

Tabella 5 – Resoconto delle attività del PARM e del PAICA anno 2021

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel blocco operatorio	SI	Conclusa
Attività 2: Corsi su alcune delle principali procedure mirate ad assicurare una maggiore sicurezza delle cure	SI	Formazione continua
Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Redazione piano di azione sulla corretta igiene delle mani in base al punteggio ottenuto dalla somministrazione di un questionario di autovalutazione a reparti e servizi (livello BASE)	SI	Conclusa
Attività 2: Implementazione protocollo sorveglianza sanitaria degli operatori per la prevenzione da COVID-19	SI	Conclusa
Attività 3: Divulgazione di materiale informativo e momenti formativi su tematiche di prevenzione o limitazione della diffusione del virus SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19)	SI	Conclusa

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	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Revisione Raccomandazione Ministeriale n. 5 "Prevenzione delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO"	SI	Conclusa
Attività 2: Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 10 "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati"	NO	Rinviata per emergenza pandemica
Attività 3: Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 11 "La morte o il grave danno subiti dal paziente a seguito di malfunzionamento del sistema di trasporto (intra ed extra-ospedaliero)"	NO	Rinviata per emergenza pandemica
Attività 4: Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 19 "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide"	NO	Rinviata per emergenza pandemica

Obiettivo B: 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 CPE		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Consolidamento della modalità di raccolta e flusso dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	SI	Conclusa
Attività 2: Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza	SI	Conclusa
Attività 3: Elaborazione di report semestrale su consumo antibiotici	SI	Conclusa
Attività 4: Elaborazione di report semestrale su consumo gel idroalcolici	SI	Conclusa
Attività 5: Esecuzione test antigenico a personale sanitario contatti casi COVID in Ospedale	SI	Conclusa

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Tabella 6 riporta la matrice delle responsabilità inerente la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	*Risk Manager*	Proprietà	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: Tabella 3 punto 2; punti 3 e 7)	C	R	C	C	C	I
Redazione Tabella 3 del punto 2 e Tabella 4 del punto 3	C	C	C	R	C	I
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	R	R	C	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	I	I	I	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C
Trasmissione del PARS al CRRC	C	R	I	I	I	I
Diffusione del PARS tra il personale	C	R	C	C	C	R
Adempimenti obblighi L. 24/2017	C	I	R	R	C	I

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Gli obiettivi e le attività di Risk Management stabiliti per l'anno 2022, in linea con quanto previsto dalla Determina Regionale n. G00643 del 25.01.2022, sono di seguito elencati.

6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici, definiti a livello regionale, che l'Ospedale Regina Apostolorum perseguirà sono:

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

Si riportano di seguito le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 6.1.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 1 – Diffusione del report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel blocco operatorio			
INDICATORE Corretto utilizzo della check list del blocco operatorio entro il 31.12.2022			
STANDARD 95%			
FONTE Blocco operatorio			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Coordinatore Blocco Operatorio**	**Responsabile Blocco Operatorio**	**Risk Manager**
Elaborazione dati	R	R	I
Validazione dati	R	R	I
Diffusione dati	C	C	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso BLS-D			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31.12.2022			
STANDARD SI			
FONTE Responsabile Blocco Operatorio			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabile Blocco Operatorio**	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**
Progettazione del corso	R	C	C
Organizzazione del corso	C	R	R
Esecuzione del corso	R	C	C

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 – Svolgimento di audit di rischio clinico reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti				
INDICATORE Numero di audit entro il 31.12.2022				
STANDARD ≥ 2 audit				
FONTE Risk Management				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Risk Manager**	**Responsabile Qualità**	**Direzione Sanitaria**	**Personale**
Organizzazione audit	R	R	C	I
Svolgimento audit	R	R	C	C
Piano di miglioramento	R	R	C	C

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 – Analisi della scheda unica di terapia (SUT) in campione di cartelle cliniche				
INDICATORE Corretta compilazione della SUT entro il 31/12/2022				
STANDARD 95%				
FONTE Reparti di degenza				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Coordinatori Infermieristici**	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Personale**
Elaborazione dati	R	I	I	R
Validazione dati	R	R	C	I
Diffusione dati	C	R	R	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 DELLA STRUTTURA				
ATTIVITÀ 1 – Controlli microbiologici semestrali sulle acque per uso alimentare e sull'ambiente				
INDICATORE Esecuzione controlli semestrali				
STANDARD SI				
FONTE Direzione Sanitaria				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**RSPP**	**Ditta preposta**	**Direzione Sanitaria**	**Risk Manager**
Organizzazione controlli	R	C	R	I
Effettuazione controlli	C	R	C	I
Diffusione dati controlli	C	R	R	R

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio infettivo, pianificate dal CC-ICA per l'anno 2022.

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici, definiti a livello regionale, che l'Ospedale Regina Apostolorum perseguirà 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

Si riportano di seguito le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 7.1.

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 di informazione/formazione mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, con particolare riferimento all'infezione da SARS-CoV-2		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2022		
STANDARD SI		
FONTE Comitato Controllo per le Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**CCICA**	**RSPP**
Progettazione del corso	R	C
Organizzazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO 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 – Monitoraggio piano di azione locale 2021 entro il 31/12/2022			
INDICATORE Report consumo trimestrale di gel idroalcolici, espresso in litri/100 giornate di degenza ordinaria, stratificato per reparti			
STANDARD livello intermedio			
FONTE Farmacia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Farmacia**	**Personale**
Elaborazione report	C	R	R
Validazione report	R	R	C
Diffusione report	R	C	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 MIGLIORAMNETO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA CRE			
ATTIVITÀ 1 – Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE			
INDICATORE Report semestrale			
STANDARD SI			
FONTE Laboratorio analisi			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi**	**Reparti e servizi**
Raccolta dati	C	R	R
Elaborazione dati	I	R	C
Validazione dati	R	R	I
Diffusione dati	R	C	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 MIGLIORAMNETO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA CRE					
ATTIVITÀ 2 – Elaborazione report su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti					
INDICATORE Report semestrale					
STANDARD SI					
FONTE Laboratorio Analisi, Farmacia					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi**	**Farmacia**	**Reparti e servizi**	**Direzione Amministrativa**
Raccolta dati	I	R	R	R	C
Elaborazione dati	I	R	R	C	I
Validazione dati	R	R	R	I	R
Diffusione dati	R	C	C	I	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 MIGLIORAMNETO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA CRE			
ATTIVITÀ 3 – Implementazione delle linee guida sull'antibiotioco-profilassi peri-operatoria			
INDICATORE Revisione procedura entro il 31.12.2022			
STANDARD SI			
FONTE Area chirurgica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Farmacia**	**Personale area chirurgica**
Revisione procedura	C	C	R
Validazione procedura	R	I	C
Diffusione procedura	R	I	C

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS verrà trasmesso, mediante invio informatico, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Responsabili di Struttura Semplice, alla RQ, ai Coordinatori Infermieristici di reparti e servizi, al Capotecnico, che avranno cura di diffonderne il contenuto tra tutti i propri collaboratori nell'ambito di riunioni interne, durante le quali dovranno essere acquisite le firme per ricevuta informazione, da restituire al Risk Manager **entro e non oltre il 3 aprile 2022.**
Inoltre il PARS, ai sensi della L. 24/17, sarà pubblicato sul sito internet dell'Ospedale a cura della Direzione Generale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022 avente ad oggetto *"Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"*
2. Deliberazione 3 agosto 2021, n. 534 avente ad oggetto *"L.R. 4/2003 – R.R. 20/2019. Voltura dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale dell'Ospedale Regina Apostolorum, sito in Via San Francesco n. 50 – 00041 Albano Laziale (RM), dall'Ente Casa Regina Apostolorum (P.IVA 05195071005) alla Società Ospedale Regina Apostolorum S.r.l. (P. IVA 16204151001)"*
3. Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 avente ad oggetto *"Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"*
4. PARM 2021: Piano Annuale Risk Management
5. PAICA 2021: Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza