



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

- ANNO 2024 -

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	2
1.1. Contesto Organizzativo.....	3
1.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel quinquennio.....	4
1.3. Descrizione della posizione assicurativa: Autoritenzione attraverso il CoVaSi	5
2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	6
3. MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	8
4. OBIETTIVI e ATTIVITÀ.....	9
5. ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	10
6. ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	13
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	15
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	16

1. PREMESSA

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità, ha posto come cardine strategico la gestione del rischio clinico e ne ha definito e promosso negli ultimi anni una serie di raccomandazioni a partire dal documento "Risk Management in Sanità: il problema degli errori" del marzo 2004.

La Regione Lazio, nel recepire il documento ministeriale, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, ha definito le linee di indirizzo regionali, adottate con la determinazione 1 aprile 2014 n. G04112, per la stesura, a cura delle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere, dei Piani Aziendali di Risk Management.

La Casa di Cura Aurelia Hospital, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

La gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze dell'Alta Direzione aziendale.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager, fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Inoltre, il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS.

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

Il PARS 2024 della Casa di Cura Aurelia Hospital è stato redatto sulla base della Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2021 Adozione del “documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria – Centro Regionale Rischio Clinico e delle successive specifiche indicazioni fornite sul tema dal CRRC. È parte integrate del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l’implementazione dell’igiene delle mani 2024.

1.1 Contesto Organizzativo

AURELIA HOSPITAL			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	256 accreditati 35 privati	Blocchi Operatori	2
		Sale Operatorie Sala PC2H	6 1
		PS in DEA di I livello	
Posti letto diurni	7 DS 1 DH 5 DH Riabilitativo	Laboratorio Generale Diagnostica per immagini Servizio di Frigoemoteca Servizio di emodinamica Gestione farmaci e materiale sanitario 2 Centri Dialisi	
DATI DI ATTIVITÀ			
Totale Ricoveri Ordinari Ricoveri Riabilitazione	5210 521	Totale Ricoveri DH/DS Ricoveri DH Riabilitativo	255 93
Accessi PS	23595	Prestazioni ambulatoriali	
		Dialisi	10751
		APA	614
		Risonanza Magnetica	2240
		Laboratorio Analisi	9605
		RX	3169
		Visite Mediche	2053
Branche specialistiche	20		

	Posti letto autorizzati	Posti letto accreditati
	8	
Chirurgia vascolare	6	
Chirurgia plastica	6	
Medicina generale	1	
Neurochirurgia	6	
Ortopedia	6	
Riabilitazione cod. 56	2	
Totale regime privato	35	
Cod. 14 chirurgia vascolare		6
Cod. 43 urologia		10
Cod. 36 ortopedia-traumatologia		20
Cod. 34 oculistica		
Cod. 09 chirurgia generale		48
Day Surgery Multispecialistico		7
Cod. 37 ginecologia		5
Cod. 29 nefrologia		10
Cod. 26 medicina generale		26
Cod. 08 cardiologia		18
Day Hospital Medico		1
Cod. 56 riabilitazione		49
Day Hospital Riabilitativo		5
Cod. 50 UTIC		8
Cod. 49 Terapia Intensiva		11
Breve Osservazione +4 p.l. tecnici		12
Totale generale	35	236

Specifichiamo oltre i dati presentati in tabella che l'Aurelia Hospital è sede di DEA (Dipartimento di Emergenza) di 1° Livello.

Sono presenti presso la struttura due Centri di Dialisi Ambulatoriali accreditati per un totale di 37 posti.

Sono accreditate prestazioni ambulatoriali per esami diagnostici (RMN, Radiologia, Laboratorio Analisi) e visite in diverse specialità.

Sono presenti due blocchi operatori ciascuno con 3 sale. Inoltre, è presente una ulteriore sala chirurgica di tipo PC2H.

Ai sensi del DCA U00045 del 11.3.2020 sono stati attivati **20 posti letto di RSA Intensiva – R1** a partire dal 20.3.2020.

1.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo 2018-2022

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	66(73.3%)	100%	Strutturali (50%) Organizzativi (50%)	Strutturali (50%) Tecnologiche (50%)	Sistemi di reporting (100%)
Evento Avverso	24(26.7%)	100%	Strutturali (50%) Organizzativi (50%)	Strutturali (50%) Tecnologiche (50%)	Sistemi di reporting (100%)
Evento Sentinella	/	/	/	/	/
Totale Eventi	90				

Il maggior numero di eventi segnalati/emersi nell'anno in esame è riconducibile, almeno in parte, alle attività di formazione e sensibilizzazione del personale effettuate nel corso del 2023.

Dall'analisi degli eventi occorsi nel 2023, si evidenzia un aumento del 8% delle segnalazioni da parte degli operatori sanitari, ma si conferma una scarsa attitudine alla segnalazione di eventi di particolare gravità (quali appunto gli eventi sentinella). Pertanto, saranno organizzati ulteriori corsi di formazione sull'utilità delle attività di *incident reporting*.

Tab. 3 Sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L. 24/2017)

*I sinistri ed i risarcimenti sono unicamente relativi a quelli correlati al rischio clinico, escludendo in tal modo quelli riferiti a danni di altra natura.

La tabella dei sinistri erogati nel periodo 2019-2023, durante il quale la struttura si trovava in autorizzazione, dimostra la proficua collaborazione del Comitato Valutazione Sinistri nella gestione del contenzioso medico-legale con un risarcimento anche nell'ultimo anno in linea con i volumi assistenziali e la complessità delle prestazioni erogate dalla struttura.

Anno	N° richieste risarcimento	N° sinistri erogati*	Risarcimenti erogati*
2019	20	7	€ 1.632.000,00
2020	15	4	€ 625.000,00
2021	10	10	€ 974.619,00
2022	19	6	€ 1.017.773,00
2023	11	9	€ 3.727.342,00

TOTALE	75	36	€ 7.976.734,00
---------------	-----------	-----------	-----------------------

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA:

AUTORITENZIONE - IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

- Composizione: DG Gruppo Garofalo, DS Aurelia Hospital, DS Città di Roma, DS European Hospital, Risk Manager Aurelia Hospital, Risk Manager European Hospital, Medico Legale del Gruppo Garofalo, Legale Gruppo Garofalo.
- Anno di istituzione: 2013

Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio clinico di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDNTE

Per quanto riguarda gli obiettivi proposti nel PARS 2023, il grado di raggiungimento è stato il seguente:

Obiettivo: Creare e diffondere la “cultura della sicurezza delle cure” e la “cultura organizzativa” in un’ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito alla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico alla luce della Legge 24/17 e della Legge 219/2017.	SI	COMPLETATO
Obiettivo: migliorare l’appropriatezza assistenziale e 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
Analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione	SI	COMPLETATO
Monitoraggio delle cartelle cliniche (100) al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria	SI	COMPLETATO
Analisi delle richieste risarcimento e del contenzioso	SI	COMPLETATO
Obiettivo: favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Incentivare gli operatori sanitari ad avviare audit programmati nei propri reparti al fine di analizzare la casistica di maggior interesse	SI	COMPLETATO
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito al corretto uso degli antibiotici per contrastare l'antibiotico-resistenza, attraverso sviluppare programmi di antimicrobial stewardship	SI	COMPLETATO
Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano, attraverso la creazione di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship	SI	COMPLETATO
Obiettivo: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)	SI	Completato
Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Produzione di report trimestrali sull'epidemiologia microbiologica locale e sui casi di ICA sostenute da microrganismi alert.	SI	Completato
Messa a punto di un sistema per il controllo del consumo degli antibiotici (consumo cumulativo dell'intera Struttura e consumo attribuito al singolo reparto).	SI	Completato

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige, promuove ed è responsabile del coordinamento dell'applicazione dello stesso, tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Amministrativo
Redazione PARS (eccetto i punti: relativi a relazione sui risarcimenti, posizione assicurativa e attività per la gestione del rischio infettivo)	C	R	C	C	C
Redazione consuntiva su eventi avversi e risarcimenti erogati	C	C	R	I	C
Redazione obiettivi e attività per la prevenzione del rischio infettivo	R	C	I	I	I
Adozione PARS con delibera	I	I	I	R	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C
Monitoraggio gestione del rischio infettivo	R	C	I	I	I

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

4. OBIETTIVI e ATTIVITÀ

Il presente Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario della Casa di Cura Aurelia Hospital, in accordo con la mission aziendale, si pone una serie di obiettivi strategici che si vanno ad integrare anche con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia di rischio clinico. La finalità di tutte le linee di attività, con la più specifica progettualità annuale che è delineata nel presente PARS ed anche riguardo l'azione di miglioramento della continuità

operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato e in ogni singolo progetto. Segnatamente, lo scopo sostanziale è quello di elevare la soglia di probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei “near misses”, attraverso un'azione di analisi e di governo dei principali processi clinico-gestionali e successivo avvio di specifiche attività preventive e/o correttive. L'intenzione di base è, quindi, quella di intervenire sulle condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi che costituiscono, nel loro insieme, i cosiddetti “errori latenti” che, come è noto, hanno un elevatissimo grado di influenza nel determinismo degli “errori attivi”.

Nello specifico gli obiettivi strategici individuati per il 2024 sono:

1. Creare e diffondere la “*cultura della sicurezza delle cure*” e la “*cultura organizzativa*” in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e 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 delle strutture.

5. ATTIVITÀ

In linea con la mission aziendale e in conformità con le indicazioni del documento di indirizzo regionale per il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario, nonché con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al contenimento degli eventi avversi e delle infezioni correlate all'assistenza nonché al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, e le modalità operative e cronoprogramma previsti per la loro implementazione.

1. Creare e diffondere la “*cultura della sicurezza delle cure*” e la “*cultura organizzativa*” in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno

- a) Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito alla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico alla luce della Legge 24/17 e della Legge 219/2017.

Obiettivo: 1
Attività: A
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2024
Standard: effettiva effettuazione degli incontri

Fonte: ufficio formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Risk Manager
Progettazione dell'incontro	R
Esecuzione dell'incontro	R

2. migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi:

a) implementazione manuale sicurezza in Sala Operatoria e Checklist del Ministero della Salute:

Obiettivo: 2			
Attività: A			
Indicatore: revisione sistematica attività effettuate nel triennio 2021-2023 ed implementazione degli obiettivi individuati			
Standard: effettiva realizzazione			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	I	R	I
Esecuzione dell'incontro	C	R	C

b) Effettuazione di un'analisi di un processo clinico-assistenziale tramite FMEA:

Obiettivo: 2
Attività: C
Indicatore: Individuazione processo, Istituzione Gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA con elaborazione piano di miglioramento (entro il 31.12.2024)

Standard: effettiva esecuzione dell'analisi			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RM	Direzione Sanitaria
Individuazione processo e pianificazione FMEA	I	R	C
Istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA	I	R	R
Condivisione e implementazione piano miglioramento FMEA	I	R	C

c) Implementazione attività di prevenzione e gestione lesioni da pressione:

Obiettivo: 2			
Attività: C			
Indicatore: monitoraggio delle lesioni da pressione con elaborazione di report semestrali condivisi con equipe sanitaria			
Standard: effettiva esecuzione dell'analisi			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RM	Direzione Sanitaria
Produzione dati	I	R	C
Raccolta ed elaborazione dati	I	R	R

3. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

a) Implementazione del Safety Walkaround come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.

Obiettivo: 3

Attività: A			
Indicatore: Effettuazione di almeno un Safety Walkaround nel 2024 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2024)			
Standard: effettiva realizzazione dell'analisi			
Fonte: Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Ufficio Qualità	RM	Direzione Sanitaria
Analisi procedura	I	R	C
Valutazione qualità e appropriatezza	I	R	R
Elaborazione revisione	I	R	C

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

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

B. Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito al corretto uso degli antibiotici per contrastare l'antibiotico-resistenza, attraverso sviluppare programmi di antimicrobial stewardship

Obiettivo: 1	
Attività: A	
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2023	
Standard: Effettiva effettuazione degli incontri	
Fonte: CCICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	CCICA
Progettazione dell'incontro	CCICA
Esecuzione dell'incontro	CCICA

C. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano, attraverso la creazione di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS)

Obiettivo: 1	
Attività: B	
Indicatore: Istituzione del gruppo multidisciplinare	
Standard: Effettiva istituzione del gruppo	
Fonte: CCICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	CCICA
Istituzione del gruppo di lavoro	CCICA

2. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale:

B. Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

Obiettivo: 2			
Attività: A			
Indicatore: Monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche per aree di degenza			
Standard: Effettivo monitoraggio			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Ufficio Qualità	CCICA	Direzione Sanitaria
Analisi procedura	I	R	C
Valutazione qualità e appropriatezza	I	R	R
Elaborazione revisione	I	R	C

3. 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:

A. Produzione di report trimestrali sull'epidemiologia microbiologica locale e sui casi di ICA sostenute da microrganismi alert.

Obiettivo: 3		
Attività: A		
Indicatore: Produzione di almeno 2 report nel corso del 2024		
Standard: Effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione CCICA		
Fonte: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Elaborazione del report	C	R
Organizzazione riunione CCICA	R	C
Presentazione del report	C	R

B. Messa a punto di un sistema per il controllo del consumo degli antibiotici (consumo cumulativo dell'intera Struttura e consumo attribuito al singolo reparto).

Obiettivo: 2		
Attività: C		
Indicatore: Elaborazione di almeno un report sul consumo di antibiotici nel 2024		
Standard: Conoscenza consumo antibiotici per singolo reparto		
Fonte: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Farmacia	CCICA
Produzione dati	R	I
Raccolta ed elaborazione dati	C	R

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- ✓ Presentazione del Piano all'interno della Direzione Generale;
- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori – marzo 2004.
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari.
- DCA n. U00480 del 06/12/2013: “Definitiva adozione dei programmi operativi 20132015”, intervento 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi” e intervento 18.6 “Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio Assicurativo”.
- Determinazione n. G01424 del 10/02/2014: Istituzione gruppi di lavoro “Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico” e gruppo di lavoro “Coordinamento per le Infezioni Correlate all’Assistenza”.
- Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014.
- 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. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- 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; ANNO 2021 –
 - 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=2911&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.
 - 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”;
 - 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”;
 - Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
 -
 - Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
 - 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”;
 - 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. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014;

- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell’Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”;
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- 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”.
- Determinazione Regione Lazio G00163 dell’11/01/2019.
- Circolare Ministero Sanità 06/12/2019 con indicazioni per sorveglianza e controllo Enterobatteri CRE.
- 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”;
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009);
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2022-2025 – PP10
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/tmi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it ▪
- 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 ▪ AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators; <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx> ▪
- Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare, strategy for the real world. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>). ▪
- WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)



AURELIA HOSPITAL

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

In attuazione della Determinazione G02044 del 26/02/2021 l'Aurelia Hospital ha adottato Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani

In questo documento, allegato del PARS 2024, come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, si rappresenta quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e si illustrano le principali attività ed obiettivi per il 2024 relativi al miglioramento della buona pratica dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle ICA programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2024, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani).

ATTIVITÀ EFFETTUATE

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE
1: Analisi e valutazione del proprio livello di attuazione relativamente alle varie sezioni del Piano	SI	/
2: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	SI	/
3: Aggiornamento nomina Osservatore/i	SI	/
4: Audit Osservatore	SI	/
5: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	SI	/
6: Formazione specifica igiene mani con test verifica apprendimento	SI	/
7. Implementazione/potenziamento del sistema informatico per la registrazione delle ICA e relativi corsi di formazione	SI	/
8: Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione personale e pazienti/caregivers.	SI	/

ATTIVITÀ DA EFFETTUARE NEL 2024

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Analisi risultati questionario di autovalutazione sulle attività svolte nel 2023 e condivisione con il GdL	Rivalutazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	28/02/2024
2	Implementazione nuove funzionalità nel form sviluppato per la raccolta dei dati del questionario	Potenziamento form di autovalutazione	Responsabile Medico Sanitario	entro il 30/04/2023
3	Analisi consumo idroalcolico relativo ai 2 semestri del 2023 e condivisione con il GdL	Rivalutazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	
4	Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	1/2 EVENTI	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	entro il 15/04/2024 entro il 30/11/2024
5	Potenziamento del sistema informatico per la registrazione delle ICA e relativi corsi di formazione	Potenziamento SW sezione "Rischio Clinico"	Responsabile Medico Sanitario	entro il 31/03/2024
6	Formazione specifica igiene mani (completamento eventuale personale sanitario che non ha partecipato alla formazione fatta nel 2023 + nuovo personale sanitario) con test verifica apprendimento e questionario gradimento	Formazione specifica in base alle necessità/occorrenza	Responsabile Medico Sanitario	entro il 31/12/2024
7	Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	Rivalutazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	entro il 31/12/2024
8	Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione personale e pazienti/caregivers.	1/2 eventi	Responsabile Medico Sanitario	Nel corso dell'anno e in occasione della Giornata Mondiale sull'Igiene della Mani
9	Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	entro il 31/12/2024