

PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

ANNO 2022

<p>Responsabile Rischio Clinico Dott. F. Camilleri</p> <p>Roma, 15/02/2022</p>	<p>Medico Responsabile Dott. F. Camilleri</p> <p>Roma, 18/02/2021</p>	<p>Direzione Aziendale Dott. L. Paganini</p> <p>Roma, 21/02/2021</p>
---	--	---

1. PREMESSA

Il ***Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario*** (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, l'identificazione e la gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della RSA Santa Lucia dei Fontanili.

La RSA Santa Lucia dei Fontanili è impegnata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente attraverso la definizione di attività specifiche definite nel PARS e le attività di implementazione, monitoraggio e rendicontazione delle stesse. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei *caregivers*. Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella struttura attraverso il coinvolgimento delle diverse Unità Operative e Servizi e delle aree funzionali trasversali alle stesse con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali erogate all'interno della struttura. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del Medico Responsabile non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali nelle loro specifiche competenze bensì coordinano ed armonizzano l'intero sistema di governo del rischio clinico ed infettivo. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la visione e la cultura della sicurezza all'interno della RSA Santa Lucia dei Fontanili.

Il PARS 2022 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. Fa parte del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l'implementazione dell'igiene delle mani 2022.

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il contesto è determinato dal DCA n. U00123/9-4-2013 "Autorizzazione all'esercizio ed accreditamento definitivo istituzionale" per l'attività di RSA area della senescenza, livello R2 livello assistenziale medio-alto per 80 posti letto organizzati in 4 nuclei.

ANNO 2021		
DATI STRUTTURALI		
ASL RM 1 territorialmente competente		
Posti letto complessivi: 80	Suddivisi in 4 Nuclei:	Edera: 20 posti
		Mimosa: 20 posti
		Fiordaliso: 20 posti
		Orchidea: 20 posti
Giornate di degenza: 26367		

1.2A. REPORT EVENTI AVVERSI

ANNO	NEAR MISS (evento evitato)	EVENTI AVVERSI	EVENTI SENTINELLA
2017	0	53	0
2018	0	69	0
2019	0	61	0
2020	0	41	0
2021	7	55	1

Gli eventi avversi nel 2021 sono stati complessivamente 56, dei quali 28 eventi caduta, che rappresentano il 50% del totale eventi (Tabella 2). I restanti eventi occorsi sono rappresentati da lesioni da pressione (LDP), di cui 13 corrispondente al 46,4% di casi erano già presenti al momento della presa in carico e/o rientro da altra struttura sanitaria.

La natura degli eventi verificatisi è in linea con le caratteristiche dei pazienti in carico alla tipologia di RSA, così sintetizzabili: 79,7% livello assistenziale alto, età media della popolazione nella RSA di 80,25 anni e 60,1% degli ospiti con presenza di disturbo cognitivo significativo.

TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI

<i>Tipologia evento</i>	<i>Caduta</i>	28
	<i>Lesioni Da Pressione</i>	28
	<i>Altro</i>	7
<i>Classificazione evento</i>	Evento avverso	55 (87,3%)
	<i>Near miss</i>	7 (11,1%)
	Evento sentinella	1 (1,6%)
<i>Esito evento</i>	Nessuno	28 (44,4%)
	Lieve	24 (38,1%)
	Moderato	4 (6,4%)
	Severo	7 (11,1%)
<i>Fonte segnalazione</i>	<i>Incident reporting</i>	63 (100%)
	Altro	-

La maggior parte degli eventi avversi segnalati sono rappresentati da cadute accidentali e da LDP (rispettivamente 44,4% e 44,4%). Il dato è coerente con il setting aziendale della RSA con livello assistenziale medio-alto, dove la complessità clinica, l'età media e la significativa riduzione dell'autonomia che contraddistingue il target di popolazione coinvolto rende l'evento caduta e LDP più probabili che in altri contesti assistenziali e più difficilmente prevenibile. Entrambe le tipologie di eventi sono oggetto di monitoraggio e analisi con report periodici condivisi e discussi in equipe.

Dalla consultazione delle schede *Incident Reporting* si riscontra, inoltre, la presenza di 7 casi *Near Miss* (11,1%) di carattere eterogeneo e non riconducibili a cadute accidentali.

TIPOLOGIA EVENTO	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del Dato
Near Miss (*)	7 (11,1%)	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Schede <i>Incident reporting</i> (100%)
Eventi Avversi (**)	55 (87,3%)	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Schede <i>Incident reporting</i> (100%)
Eventi Sentinella (***)	1 (1,6%)	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Strutturali e Tecnologici: 0% Organizzativi e Procedure/Comunicazione: 100%	Schede <i>Incident reporting</i> (100%)

* **LEGENDA TABELLA:** *Near Miss* o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. **Evento Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile". **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Nel novero degli *Eventi Avversi*, gli *Eventi Caduta* rappresentano complessivamente il 50% del totale e su 26367 giornate di degenza in RSA sono 1,06 cadute per 1000 giornate di degenza.

Come riscontrabile nella Tabella seguente, l'età media dei pazienti coinvolti in questa tipologia di eventi è di 76 anni, con nessun esito o lieve nella maggior parte dei casi.

Per i dettagli, si rinvia alla consultazione dei due puntuali Report Semestrali (rispettivamente del 31/07/2021 e del 21/01/2022) elaborati in merito e condivisi con equipe multidisciplinare.

TABELLA 2: SINTESI EVENTI CADUTA 2021

Tipologia evento	Near miss	3
	Evento avverso	24
	Evento sentinella	1
Esito evento	Nessuno	21
	Lieve*	2
	Moderato	2
	Severo	3
Eventi caduta per 1000 giornate degenza (GD)	1,06 eventi per 1000 GD (vs 0,66 del 2020)	
Eventi doppi N(%)	5 (26,32%)	
Rapporto uomini/donne	12/7 (63,16% uomini)	
Età media (DS)	75,95	

1.2 B. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

ANNO	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	N. risarcimenti erogati
2017			
2018			
2019	1	0	0
2020	1	0	0
2021	0	0	0

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La RSA Santa Lucia dei Fontanili opera in regime di autorizzazione del rischio.

1.4 RESOCONTO ATTIVITÀ PARM E PAICA 2021

La sintesi delle attività definite nel PARM e nel PAICA 2021 ed il loro stato di implementazione sono riportati nella tabella sottostante organizzata in base agli specifici Obiettivi individuati nei relativi documenti di indirizzo regionale sull'elaborazione di PARM e PAICA.

SINTESI ATTIVITA' 2021		
OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ PARM E PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 1. Organizzare ed effettuare almeno un nuovo corso di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.</p> <p>INDICATORE 1: Effettuazione di un nuovo corso con relativo test di valutazione apprendimento con domande a risposta multipla e questionario di gradimento del corso. (entro il 31/12/2021)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> Corso Base sulla "Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure" (nei giorni: 24/05/2021 e 14/06/2021), con relativi test di apprendimento.
OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ PARM	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 2: Implementazione delle attività di Prevenzione e Gestione delle cadute</p> <p>INDICATORE 2: Morbidity&Mortality review eventi caduta semestrale con stesura di uno specifico report e discussione dello stesso in equipe multidisciplinare (entro 31/07/2021 e 31/01/2022).</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> Effettuata analisi e Report semestrale ("Report Cadute Primo Semestre 2021", rev. 00 del 31/07/2022 e "Report Cadute Secondo Semestre 2021", rev. 00 del 21/01/2022).

ATTIVITÀ PARM	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 3: Implementazione delle attività di Prevenzione e Gestione delle Lesioni Da Pressione (LDP)</p> <p>INDICATORE 3: Monitoraggio mensile e stesura Morbidity&Mortality review annuale su LDP con stesura di un report e discussione dello stesso in equipe multidisciplinare (entro 31/01/2022)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> REPORT LDP Primo semestre 2021 (Rev. 00 del 30/07/2021); REPORT LDP Secondo semestre (Rev.00 del 31/01/2022); Programmazione riunione di equipe, fissata in data 24/02/2022.
<p>ATTIVITA' 4: Istituzione del Safety Walkaround (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure</p> <p>INDICATORE 5: Numero di Safety Walkaround effettuati/anno (almeno 1/anno con coinvolgimento di tutti i nuclei)</p>	NO	Da Riprogrammare per l'anno 2022.
<p>ATTIVITA' 5: Controllo random di almeno 30 cartelle cliniche con specifica checklist di controllo e stesura di report con piano di miglioramento da condividere con equipe multidisciplinare.</p> <p>INDICATORE 6: Effettuazione controllo cartelle e relativa stesura report</p> <p>INDICATORE 7: N° incontri per analisi condivisa in equipe (1 per ogni controllo)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> Effettuato controllo ed analisi di tutte le cartelle cliniche sulla base di una specifica checklist con indicatori predefiniti e con contestuale elaborazione di due Report semestrali, con cadenza a giugno 2021 per il Primo semestre e a dicembre 2021 per il Secondo; Elaborazione di un Report annuale complessivo, Rev.00 del 10/12/2021 discusso in riunione di equipe del 24/02/2022.
OBIETTIVO D: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
ATTIVITÀ PARM E PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITA' 6: Corretta e costante alimentazione del flusso SIMES attraverso il portale regionale di Risk Management.</p> <p>INDICATORE 8: Numero schede A inserite entro 5 giorni dalla segnalazione/numero schede A inserite ≥90%</p>	PARZIALMENTE	<ul style="list-style-type: none"> Richieste nuove Credenziali di accesso; Evento inserito nel portale regionale di Risk Management.

<p>INDICATORE 9: Numero schede B inserite entro 45 giorni dalla segnalazione/numero schede B inserite $\geq 90\%$</p>		
<p>ATTIVITA' 7: Alimentazione del portale <i>Risk Management</i> regionale e partecipazione agli incontri e attività del Centro Regionale Rischio Clinico.</p> <p>INDICATORE 10: Inserimento segnalazione eventi e <i>near miss</i> nel portale regionale.</p> <p>INDICATORE 11: Partecipazione alle attività/incontri indetti dal Centro Regionale Rischio Clinico ($>70\%$)</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parzialmente inseriti eventi nel portale regionale • Recepto e in fase di implementazione Piano di Intervento Regionale Igiene Mani 2021; • Condiviso nuovo documento regionale su classificazione EA/ES; • Revisionato PPV sulla base della revisione del documento di indirizzo regionale 2021 prevenzione violenza contro operatori sanitari.
<p>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</p>		
<p>OBIETTIVO C. Partecipazioni attività regionali e nazionali prevenzione e controllo ICA</p>		
<p>ATTIVITÀ PAICA</p>	<p>REALIZZATA</p>	<p>NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI</p>
<p>ATTIVITA' 1: Implementazione sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)</p> <p>INDICATORE 1: Elaborazione report semestrale relativo a infezioni e colonizzazioni da CRE.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In uso sistema di monitoraggio dei microrganismi alert; • Rilevato un unico caso di ospite che è stata isolata e sottoposta a trattamento antibiotico.
<p>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</p>		
<p>ATTIVITA' 2: Implementazione monitoraggio consumo antimicrobici</p> <p>INDICATORE 1: Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard: 1/1 con report condiviso entro 31/01/2022)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione Monitoraggio relativo al consumo antimicrobici con contestuale report annuale (Rev. 01 del 10/01/2022) con analisi comparativa verso il 2020; • Condiviso report con equipe multidisciplinare, da discutere in riunione equipe periodica in data 24/02/2022.
<p>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</p>		
<p>ATTIVITA' 3: Implementazione Piano Regionale igiene mani e campagna OMS igiene delle mani</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuato Monitoraggio per il consumo di prodotti alcolici per igiene mani 2021; • Affissione Cartellonistica Standard OMS all'interno

<p>INDICATORE 1: Report semestrale consumo prodotti alcolici per Igiene mani (Standard: report annuale consumo per nucleo con piano miglioramento entro il 15/02/2021)</p>		<p>di ciascun reparto, all'ingresso ed in ogni spazio comune.</p>
<p align="center">OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</p>		
<p>ATTIVITÀ 4: Implementazione prevenzione e controllo infezioni da cateterismo vescicale</p> <p>INDICATORE 1: Monitoraggio e Studio prevalenza infezioni vie urinarie associate a cateterismo vescicale (Standard 1/1)</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuato Monitoraggio per il 2021 attraverso urinocoltura; • Studio di Prevalenza programmato nel 2022.
<p align="center">OBIETTIVO A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</p>		
<p>ATTIVITÀ 5: Formazione su infezioni correlate all'assistenza</p> <p>INDICATORE 1: Organizzazione di almeno un evento di formazione su ICA per il personale dell'equipe multidisciplinare. (Standard 1/1 con coinvolgimento di almeno il 60% del personale sanitario)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuato corso online Formazione Interna ICA e Igiene delle mani "Raccomandazione OMS e approccio dei cinque momenti"; • Standard coinvolgimento del personale: 47%.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

AZIONE	MEDICO RESPONSABILE	COORDINATRICE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE
REDAZIONE PARS	R	C	C	C
ADOZIONE PARS	I	I	I	R
MONITORAGGIO PARS	R	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto, I = Informato

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO CLINICO

3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della RSA Santa Lucia dei Fontanili in ambito di gestione del rischio clinico e del rischio infettivo sono, in accordo agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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. 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;
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

3.2 ATTIVITÀ 2022

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 raggiungimento degli obiettivi generali enunciati nel paragrafo precedente.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 1: ORGANIZZARE ED EFFETTUARE ALMENO UN NUOVO CORSO DI FORMAZIONE RELATIVO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE		
INDICATORE 1: Effettuazione di almeno una edizione del corso (entro il 31/12/2022)		
STANDARD: 1/1		
Fonte: Area formazione e Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Aziendale/Area Formazione
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 2: ORGANIZZARE NUOVE EDIZIONI DEL CORSO DI FORMAZIONE SU "IGIENE DELLE MANI E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA"		
INDICATORE 2: Effettuazione di almeno una nuova edizione del corso con coinvolgimento del personale sanitario che non lo ha effettuato nel 2021 (entro il 31/12/2022)		
STANDARD 1/1		
Fonte: Area formazione e Risk Manager/Medico Responsabile		

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<i>Azione</i>	<i>Risk Manager e Medico Responsabile</i>	<i>Direzione Aziendale/Area Formazione</i>
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITA' 3: CONTROLLO CARTELLE CLINICHE CON INDICATORI PREDEFINITI

INDICATORE 3: Effettuazione controllo semestrale di almeno 30 cartelle

INDICATORE 4: Stesura report annuale e condivisione/discussione con equipe multidisciplinare

Fonte: Medico Responsabile e Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<i>Azione</i>	<i>Risk manager</i>	<i>Medico Responsabile</i>	<i>Coordinatrice</i>
Effettuazione controllo	C	R	C
Stesura report	R	C	C
Diffusione e discussione report con equipe multidisciplinare	I	R	C

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITA' 4: IMPLEMENTAZIONE DEL SAFETY WALKAROUND/SONDAGGIO QUALITÀ&RISCHIO CLINICO COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

INDICATORE 6: Numero di Safety Walkaround effettuati/anno (almeno 1/anno con coinvolgimento di tutti i nuclei)

Fonte: Risk Manager, Medico Responsabile e Coordinatrice

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<i>Azione</i>	<i>Coordinatrice</i>	<i>Medico Responsabile</i>	<i>Risk Manager</i>	<i>Direzione Aziendale</i>
Progettazione ed effettuazione SWA	R	C	R	I
Elaborazione Report SWA	R	C	R	I
Diffusione e discussione report con equipe multidisciplinare	C	R	I	I

OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 5: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI

INDICATORE 1: Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard 1/1 entro il 15/02/2023)

INDICATORE 2: Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e definizione piano di miglioramento (Standard 1/1 entro il 15/03/2023)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Coordinatrice	Risk Manager	Medico Responsabile
Monitoraggio e raccolta dati consumi	R	I	C
Analisi consumo antimicrobici e stesura report	C	R	C
Diffusione e discussione report con equipe	C	C	R

OBIETTIVO C. IMPLEMENTAZIONE PIANO INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI

ATTIVITÀ 6: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO DI PRODOTTI IDROALCOLICI PER IGIENE MANI

INDICATORE 1: Report annuale consumo prodotti idroalcolici per igiene mani
(standard 1/1 entro il 31/01/2023)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Coordinatrice	Risk Manager	Medico Responsabile
Monitoraggio e raccolta dati	R	I	C
Analisi consumo gel e stesura report	C	R	C
Diffusione e discussione report con equipe	C	C	R

OBIETTIVO C. IMPLEMENTAZIONE PIANO DI INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI

ATTIVITÀ 7: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2022

INDICATORE 1: Implementazione delle attività e raggiungimento specifici obiettivi definiti nel piano di azione 2022 (allegato al presente documento)
(STANDARD > 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2022)

Fonte: Medico Responsabile e Direzione Aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Medico Responsabile	Coordinatrice	Risk Manager	Direzione Aziendale
Elaborazione piano d'azione annuale	R	C	C	C
Implementazione e monitoraggio attività 2022	R	C	C	C

OBIETTIVO D. PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

ATTIVITÀ 8: IMPLEMENTAZIONI, PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI DA CATETERISMO VESCICALE

INDICATORE 1: Monitoraggio corretta applicazione procedura operativa

INDICATORE 2: Report almeno annuale e condivisione/discussione in equipe

Fonte: Medico Responsabile e Coordinatrice

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Medico Responsabile	Coordinatrice	Risk Manager
Monitoraggio corretta applicazione procedura interna gestione cvc e "buona pratica esecuzione emocolture".	C	R	I
Monitoraggio ICA associate a CVC con studio di prevalenza con elaborazione di report semestrale condiviso con equipe	R	C	C

4. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici enunciati nel PARS 2022 il Medico Responsabile e la Direzione Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegnano ad assicurare:

- Presentazione del PARS alle Coordinatrice Infermieristiche e Domiciliare ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARS in formato PDF sui supporti informatici aziendali (cartelle condivise delle UO e Servizi);
- Condivisione della PARS tramite le email aziendali dei professionisti dell'equipe multidisciplinare attivi;
- Pubblicazione del PARS sul sito internet della RSA Santa Lucia dei Fontanili.

5. ALLEGATI

- **PIANO D'AZIONE IGIENE DELLE MANI 2022**

6. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio – CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza. PNCAR 2017-2021;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. *Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.*

- 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".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Deliberazione 2018 GR0357_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 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)
- 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";
- 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";
- 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.B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **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/temi/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)

Nell'ambito delle attività del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), come previsto dal Piano di intervento regionale sull'igiene della mani 2021 e dalle indicazioni della Regione Lazio relative alla elaborazione del PARS, in questo documento allegato del PARS 2022 vengono individuate le principali attività ed obiettivi per il 2022 relativi al miglioramento della buona pratica dell'igiene della mani come strumento di prevenzione delle ICA all'interno della RSA Santa Lucia dei Fontanili.

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	REFERENTE/I	CRONOPROGRAMMA
1	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione Questionario di Autovalutazione della Struttura alla luce delle attività svolte nel 2021; Compilazione del Questionario di Autovalutazione con cadenza annuale; Obiettivo 2022: raggiungimento livello Intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati. 	CC_ICA Direzione Sanitaria	Entro 30/04/2022
2	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio semestrale sul consumo di gel idroalcolico nei 4 Nuclei, con stesura di Report condiviso e discusso con l'equipe; Obiettivo 2022: raggiungimento di un consumo > 20L per 1000 giornate di degenza in almeno il 50% dei Nuclei. 	CC-ICA e Farmacia	Entro 31/07/2022 Entro 31/01/2023
3	<ul style="list-style-type: none"> Formazione ICA e igiene mani (completamento eventuale personale sanitario che non ha partecipato alla formazione fatta nel 2021 + nuovo personale sanitario) con test di verifica apprendimento. 	Area Formazione	Entro 30/12/2022
4	<ul style="list-style-type: none"> Sessione di osservazione annuale con Report condiviso e discusso con l'equipe multidisciplinare; Obiettivo 2022: raggiungimento di una adesione >30% in almeno l'80% dei Nuclei coinvolti nelle sedute di osservazione. 	Osservatori CC-ICA	Entro 31/01/2023

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	REFERENTE/I	CRONOPROGRAMMA
5	<ul style="list-style-type: none">• Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e dei pazienti/<i>caregivers</i>;• Verifica e eventuale aggiornamento infografiche e del materiale informativo in tutti gli ambienti della Struttura.	Direzione Sanitaria e Aziendale	Entro 31/12/2022