

**PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO**  
**ANNO 2023**

Azienda:

**CONCORDIA HOSPITAL**

Sede:

**Via delle sette Chiese, 90 - 00145**  
**ROMA**

<b>ED. / REV.</b>	<b>DATA</b>	<b>REDAZIONE</b>	<b>VERIFICA</b>	<b>APPROVAZIONE</b>
<b>00/00</b>	<b>15/02/2023</b>	Risk Manager	Direttore Generale	Datore di Lavoro
		Presidente CCICA (Direttore Sanitario)		
		Ufficio Legale		

**INDICE**

<b>1.</b>	<b>PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
1.1.	SCOPO .....	4
<b>2.</b>	<b>CONTESTO ORGANIZZATIVO</b> .....	<b>5</b>
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	5
2.2.	SARS-COV-2 .....	6
<b>3.</b>	<b>RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI</b>	
<b>EROGATI</b> .....		<b>7</b>
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI .....	7
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO .....	8
<b>4.</b>	<b>DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</b> .....	<b>8</b>
<b>5.</b>	<b>RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE</b> .....	<b>9</b>
<b>6.</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....	<b>9</b>
<b>7.</b>	<b>OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b> .....	<b>12</b>
7.1.	OBIETTIVI .....	12
7.2.	ATTIVITÀ.....	13
<b>8.</b>	<b>OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b> .....	<b>15</b>
8.1.	OBIETTIVI .....	15
8.2.	ATTIVITÀ.....	16
<b>9.</b>	<b>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS</b> .....	<b>20</b>
<b>10.</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	<b>20</b>
<b>11.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	<b>21</b>

## 1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

### 1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

*Il PARS nasce con l'obiettivo di:*

- *Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;*
- *Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;*
- *Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);*
- *Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;*
- *Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.*

### **Regione Lazio – Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”**

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.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Concordia Hospital nasce nel 1980 e ha sede in Via delle Sette Chiese, 90. La struttura dispone di complessivi 47 posti letto autorizzati di cui 30 accreditati, in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo ordinario e diurno per acuzie. Il Concordia Hospital dispone inoltre di 3 ambulatori in regime di accreditamento e precisamente:

<b>CODICE BRANCA</b>	<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b>
09	Chirurgia Generale
34	Oculistica
36	Ortopedia

Completano l'offerta assistenziale il servizio di **medicina di laboratorio** e di **diagnostica per immagini** a supporto dell'attività operatoria.

TABELLA 1

<b>CASA DI CURA CONCORDIA HOSPITAL DATI STRUTTURALI</b>			
Posti letto ordinari	45	Ortopedia	/
Posti letto diurni	2	Ortopedia	/
Blocchi operatori	2	Serv. Trasfusionali	0
Posti letto dialisi	0	Sale operatorie	3
Hub	0	PMA	0
Terapie intensive	0	UTIC	0

Dati aggiornati al 31/12/2022

TABELLA 2

<b>DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI</b>	<b>Numero</b>	<b>Fonte del dato</b>
Ricoveri ordinari	1476	Amministrazione
Accessi PO	0	
Branche specialistiche	3	
Prestazioni ambulatoriali Chirurgia	0	
Prestazioni ambulatoriali Oculistica e Ortopedia	244	
Day surgery	173	

Dati aggiornati al 31/12/2022

### 2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Clinica Concordia Hospital, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2023 si prevede una valutazione di eventuali implementazioni del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza. A tal fine,

anche per ottemperare alle richieste normative nazionali e regionali, verrà introdotta una procedura di gestione del Comitato stesso e delle sue attività, e definiti ruoli, programmi e periodicità di incontro.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, in accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di sospetto, si procede all'isolamento del Paziente e alla segnalazione del caso a parenti e operatori, oltre ovviamente all'uso dei DPI. Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

## 2.2. SARS-COV-2

Come noto, anche l'anno 2022, come il precedente, è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia mondiale di Sars-CoV-2.

La Clinica Concordia Hospital ha da subito messo in opera tutte le procedure e i protocolli atti al contenimento e alla prevenzione della pandemia, nel rispetto delle varie Ordinanze e dei Decreti che via via si sono susseguiti. Ciò ha permesso di non aver avuto cluster.

La struttura ha puntualmente analizzato e gestito le necessità emerse e le indicazioni derivanti da Ordinanze e Decreti. In particolare, oltre agli aggiornamenti specifici relativi al D.Lgs. 81/08 e al Regolamento UE 2016/679, sono stati implementati diversi nuovi documenti, procedure operative e moduli di gestione; al fine di tenere sotto controllo tutto il processo.

Oltre alla gestione delle attività sopraelencate, e agli incontri tra i vari Responsabili, sono state effettuate diverse riunioni per rendicontare le attività e per deliberare, di volta in volta, le azioni di miglioramento più idonee al contrasto e alla prevenzione dell'infezione.

Inoltre, molta attenzione è stata posta nei confronti della formazione del personale e nell'informazione e formazione dei Pazienti e dei familiari.

Il personale ha partecipato a corsi specifici sul Covid-19, sulla prevenzione e il contenimento dell'infezione e sull'utilizzo dei DPI e le metodologie di vestizione e svestizione. Pazienti e familiari sono stati costantemente informati sulle regole da rispettare e sulle indicazioni da seguire dentro e fuori la Clinica.

Infine, si sottolinea come Direzione Aziendale e Sanitaria abbiano garantito una presenza attiva e costante sia nei confronti del personale che dei Pazienti. Tale presenza è rappresentata anche dalle numerose informative e comunicazioni fatte per spiegare le nuove procedure (isolamento, ingressi vietati, ect.).

Tutte le attività sopraelencate sono state riprese più volte e continueranno ad essere gestite con le stesse procedure e/o con la stessa politica anche nell'anno in corso.

Come è evidente, il Covid-19 ha ampiamente caratterizzato l'ultimo triennio e, soprattutto, ha inficiato progetti e obiettivi che sono stati o riprogrammati o revisionati in base alle esigenze.

Quindi, molte attività previste per il 2022 saranno riprogrammate per il 2023.

La formazione erogata e alcune delle procedure prodotte nell'ambito di questa emergenza saranno rivalutate e revisionate con l'obiettivo di annetterle al sistema di Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

**3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI****3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI  
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)**

Qualsiasi analisi relativa all'anno 2022 non può non prendere in considerazione la pandemia da SARS-CoV-2.

La Clinica Concordia Hospital, come tutte le realtà sanitarie e non, ha affrontato e gestito non solo i casi e/o i contatti stretti, ma anche tutte le problematiche connesse a tale situazione.

Come negli anni precedenti, si sottolinea come il Covid-19 abbia inficiato le normali attività e la programmazione preventivata.

Nell'anno 2022 presso la Clinica non sono stati segnalati e registrati eventi.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate- goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
<b>Near Miss</b>	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Avversi</b>	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Totale</b>	0	/	/	/	/	/

**3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO  
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)**

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2018	0	0	€ 0
2019	0	0	€ 0
2020	0	0	€ 0
2021	0	0	€ 0
2022	0	0	€ 0

**4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2018	/	2019	BH Italia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2019	/	2020	BH Italia	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2020	RCH 00020000059	2021	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	RCH 00020000059	2022	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	RCH 00020000059	2023	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi

**5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

**ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:**

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
<p>Raggiungimento entro il 31.12.2022 di una completa review ed ulteriore implementazione delle seguenti procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;</li> <li>• Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;</li> <li>• Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike";</li> <li>• Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;</li> <li>• Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>• Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;</li> <li>• Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;</li> </ul> <p>Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.</li> </ul>	SI	Le procedure sono state aggiornate e sono monitorate costantemente dalla direzione sanitaria e dal Risk Manager
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi NEAR MISS con analisi statistica degli eventi intercettati</li> </ul>	NO	<p>Emerge ancora una discreta resistenza nella implementazione delle schede di NEAR MISS.</p> <p>La direzione ed il risk manager ritengono tale obiettivo fondamentale per una corretta impostazione di dati di ritorno. A tal fine l'obiettivo viene considerato prioritario ed inserito nuovamente tra le azioni di miglioramento per il 2022 di cui al paragrafo 1.3 del presente documento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione di una piattaforma di file sharing attraverso la quale tutti gli operatori della struttura, ed in particolare gli operatori sanitari, mediante ID e PW sicuri possano collegarsi e restare aggiornati sui documenti e le procedure operative di propria pertinenza emesse dalla direzione aziendale e dalla direzione sanitaria con particolare riferimento alle procedure di risk management.</li> </ul>	NO	L'emergenza legata al COVID ha rallentato l'attuazione dell'attività per l'anno 2021. Il Risk manager, in accordo con la Direzione ha deciso di riprogrammare tale attività nel corso del 2022.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione di un sistema di accettazione informatizzata con acquisizione dei dati del paziente direttamente dalla tessera sanitaria, per l'erogazione degli esami di laboratorio.</li> </ul>	In itinere	L'obiettivo è stato programmato con riferimento all'arco temporale 2021-23 ed è pertanto ancora in corso di implementazione.

**ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO:**

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Diffondere la cultura riferimento alla prevenzione del rischio infettivo attraverso percorsi formativi mirati volti a ridurre il rischio di ICA inclusi programmi formativi che affrontino il tema delle farmacoresistenza e dell'utilizzo consapevole degli antibiotici.	SI	Nell'ambito dei corsi di formazione sul rischio clinico sono stati affrontati argomenti relativi alle ICA e alle corrette modalità di gestione.
Diffondere la cultura della prevenzione del rischio infettivo ed in particolare migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo mediante l'organizzazione di almeno una riunione annuale per verificare la corretta implementazione dei protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere.	SI	Nel corso del 2022 sono stati organizzate riunioni di coordinamento del comitato infezioni ospedaliere al fine di verificare la corretta implementazione dei protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere ed in particolare delle procedure del pacchetto igiene.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	Direttore Sanitario / Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Direttore Generale / Proprietà	Direttore Sanitario <sup>(1)</sup>	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
<b>Redazione PARS</b>	R	R	R	C	C	C	/
<b>Adozione PARS</b>	I	I	I	R	C	C	/
<b>Monitoraggio PARS</b>	R	R	C	I	C	C	C

(1): Ove non coincida con il Presidente CCICA  
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 7.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

## 7.2. ATTIVITÀ

### 7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

#### ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

**STANDARD:** 100%

**Fonte:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

#### ATTIVITÀ 2: organizzazione di un corso di BLS/D riservato al personale dei vari ruoli professionali

**INDICATORE:** Esecuzione entro il 31.12.2023

(n corsi di formazione programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

**STANDARD:** 100%

**Fonte:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA**

**ATTIVITÀ 3: Ulteriore implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi NEAR MISS con analisi statistica degli eventi intercettati.**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023

**(n segnalazioni con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)**

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**

**ATTIVITÀ 4: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023

**(n eventi segnalati con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)**

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**

**7.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA**

**ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround***

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023

**(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)**

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**

## 8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### 8.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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;
- 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).

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

**8.2. ATTIVITÀ****8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE****ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA****INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023**(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)****STANDARD:** 100%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato****ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso di informazione/formazione sull'uso degli antibiotici****INDICATORE:** Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2023**(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)****STANDARD:** 100%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

**R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**

**8.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**

Si riporta di seguito il piano di azione locale per l'igiene delle mani anno 2023 adottato dal Concordia Hospital coerentemente con quanto indicato nel documento di indirizzo del documento di indirizzo regionale.

## OBIETTIVO 3

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	<b>Risk Manager</b>	<b>04/23</b>	<b>06/23</b>
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>✓ Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul>	<b>Risk Manager</b>	<b>04/23</b>	<b>06/23</b>
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>12/23</b>	<b>10/23</b>
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>12/23</b>	<b>10/23</b>

**R: Responsabile; T: Tempi previsti per implementazione; M: Monitoraggio**

OBIETTIVO 4

TABELLA B2 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI DI FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	Direttore Sanitario	05/23	07/23
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale	Direttore Sanitario	06/23	07/23
Identificare i formatori	Direttore Sanitario	06/23	07/23
Identificare gli osservatori	Direttore Sanitario	06/23	12/23
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati	Direttore Sanitario	06/23	12/23
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	Direttore Sanitario	06/23	12/23
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	Direttore Sanitario	05/23	07/23
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	Direttore Sanitario	07/23	12/23
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori	Direttore Sanitario	11/23	12/23
Definire un sistema per aggiornare la formazione e il verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari	Direttore Sanitario	11/23	12/23
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori	Direttore Sanitario	11/23	12/23
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione alla sostituzione di quello obsoleto.	Direttore Sanitario	11/23	12/23

R: Responsabile; T: Tempi previsti per implementazione; M: Monitoraggio

**8.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE**

**ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023

**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.**

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** CC-ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 5: adesione al programma PP10 della ASL RM2 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza"**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2022

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** CC-ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Valutazione attività applicabili	C	R
Adesione al programma	C	R
Verifica	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 6: incremento dei siti di rilevazione di Legionella Pneumophila a livello del sistema idrico della clinica**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2022

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** CC-ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Valutazione attività applicabili	C	R
Esecuzione attività	C	R
Verifica	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione su home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura;
- invio al CRRC.

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- 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. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- 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)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- 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 n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale 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";
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
- Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.

## 11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità 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 "Save Surgery Save Live".
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](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](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>