



**TITOLO DOCUMENTO** PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023

**TIPO DOCUMENTO**     POS – Procedura Operativa Standard     IOP – Istruzione Operativa     LG – Linea Guida  
 PROT - Protocollo     PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale  
 REG - Regolamento     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

	FUNZIONE	NOMINATIVO	FIRMA	DATA
<b>ELABORATO</b>	D.M. Direzione Sanitaria/ Coordinatore Nucleo Operativo	V. Rendo		
<b>VERIFICATO</b>	Resp. UOS Flussi SDO Codifiche e Risk Management	V. Venturini		
	Resp. Qualità Accreditamento e Processi	L. Farella		
<b>APPROVATO</b>	Direttore Sanitario	G. Capalbo		

**Archiviazione originale**     UFFICIO QUALITÀ     Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
**Copia Controllata**     Intranet aziendale     Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
**Lista di distribuzione**     Tutto il personale interessato     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

REVISIONI (n/data)	MOTIVO DELLA REVISIONE
0    21/02/2023	Prima edizione del PARS anno 2023

ELENCO ALLEGATI (cod)	Descrizione



## SOMMARIO

<b>1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>3</b>
1.1. Scopo del documento .....	3
1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni .....	3
1.3. Responsabilità .....	3
<b>2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>3</b>
2.1. Leggi e Norme tecniche.....	3
2.2. Disposizioni interne di riferimento.....	5
2.3. Riferimenti bibliografici.....	5
<b>3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI .....</b>	<b>5</b>
3.1. Terminologia .....	5
3.2. Abbreviazioni .....	5
<b>4. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....</b>	<b>6</b>
4.1. Organizzazione del comitato Infezioni correlate all'Assistenza .....	7
<b>5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....</b>	<b>7</b>
<b>6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....</b>	<b>9</b>
<b>7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE .....</b>	<b>9</b>
7.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2022.....	11
<b>8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>12</b>
<b>9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>13</b>
9.1. Obiettivi.....	13
9.2. Attività.....	13
<b>10. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....</b>	<b>15</b>
10.1. Obiettivi.....	15
10.2. Attività.....	16
<b>11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>19</b>



## 1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ

### 1.1. Scopo del documento

Il presente documento illustra il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) per l'anno 2023 dell'Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola.

### 1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni

### 1.3. Responsabilità

Le responsabilità in carico alle diverse figure professionali sono dettagliate di seguito nel documento.

## 2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

### 2.1. Leggi e Norme tecniche

Legge/norma	Descrizione
D.L. 30 dicembre 1992, n. 502	“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
DPR 14 gennaio 1997	“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
D.L. 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”
Legge 5 giugno 2003, n.131	Seduta della Conferenza Stato – Regione 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°131;
D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il D. l. n. 106/2009	“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”
Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/03/2008	“Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
Decreto 11/12/2009 Min Lavoro Salute e Politiche sociali	Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
DCA n. U00480 del 06/12/2013 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”.
Determina n.G09535 del 2/07/2014	Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)
Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309	Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici”.
DCA 563 del 24/11/2015	Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CR- CCICA) e del Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA.
Legge 28 dicembre 2015, n. 208	“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”
Reg. Lazio direzione salute e politiche sociali. Reg. Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016	Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio.
Determinazione Regionale n. G14075 del 18 ottobre 2017	“Approvazione del Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e



Legge/norma	Descrizione
	n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”
Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017	“Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”
Determinazione regionale n.G13505 del 25 ottobre 2018	“Approvazione documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza e danno degli operatori sanitari”
DCA U00400 del 29/10/2018	Trasferimento delle competenze del centro di coordinamento regionale dei comitati per il controllo delle ICA al centro regionale rischio clinico
Regione Lazio salute e integrazione sociosanitaria. Determinazione G00164 del 11 gennaio 2019	“Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management”
Determinazione n. G00163 del 11/01/2019	Approvazione ed adozione recante le “Linee guida per l’elaborazione del Piano annuale delle Infezioni correlate all’assistenza (PAICA)
Nota Regione Lazio prot. N. U0063667 del 23/01/2020	Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA
Regione Lazio Salute e integrazione sociosanitaria. 23/01/2020	Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020
Determinazione Regione Lazio prot. N. Z00002 del 26/02/2020	Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.
Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 6 marzo 2020, n. Z00003	Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica indirizzate agli operatori, agli utenti, alle Aziende, agli Enti pubblici e alle strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale.
REG.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.0218196 del 11-03-2020	Emergenza covid: aggiornamenti
Determina Regione Lazio prot. N. U0240003 del 23/03/2020	Documento sorveglianza operatori sanitari ALLEGATO A -prima revisione del 23/03/2020 ALLEGATO A -seconda revisione del 15/04/2020
Ordinanza Presidente Regione Lazio n. Z00034 del 18/04/2020	Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-Covid-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.
Determina Regione Lazio prot. N. U0391183 del 30/04/2020- All. 1	Emergenza Covid-19 – azioni di Fase IV
Determinazione Regione Lazio prot. N. G07551 del 25/06/2020	Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio”
Determinazione Regione Lazio prot. N.G11384 del 05/10/2020	Approvazione del “documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente”
REG.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.0884417 del 15-10-2020	Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021
Nota Regione Lazio prot. N. U0884520 del 15/10/2020	Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2021
REG. LAZIO REGISTRO UFFICIALE Prot. N. I.1034165 del 26-11-2020	Sorveglianza morti materne- segnalazione di procedure
BURL – n. 22 Supplemento n.2: Determinazione 26/02/2021, n. G02044.	Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”.
Determinazione n. G09956 del 07 luglio 2021	Approvazione della revisione del “documento di indirizzo per la corretta identificazione del persona assistita”



Legge/norma	Descrizione
Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021	Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella
Determinazione n. G00643 Regione Lazio n. 3279 del 25/01/22	Documento Di Indirizzo Per L'elaborazione Del Piano Annuale Per La Gestione Del Rischio Sanitario (PARS)"
Determinazione n. G15198 Regione Lazio del 06/11/2022	Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
REG. LAZIO REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.1287668 del 16-12-2022	Mappatura delle attività di gestione del rischio sanitario 2023-24

## 2.2. Disposizioni interne di riferimento

Disposizione	Descrizione/titolo

## 2.3. Riferimenti bibliografici

Descrizione/titolo

## 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

### 3.1. Terminologia

Termine	Descrizione

### 3.2. Abbreviazioni

Termine	Descrizione
PARS	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO



## 4. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola è un Ospedale Classificato gestito dalla Società "Gemelli Isola Società Benefit S.p.a." dal 1° settembre 2022.

Con il DCA 84 del 10/03/2017, l'Ospedale ha ricevuto conferma, condizionata al puntuale adempimento degli obblighi previsti dal Decreto del Commissario ad Acta 585/2015, dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo.

Con Deliberazione n.665/2022 a seguito della voltura dell'autorizzazione ed accreditamento alla società Gemelli Isola, sono stati contestualmente rimodulati i posti letto nelle aree di degenza.

L'ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola è sede di DEA di I livello ed Unità di Assistenza Perinatale di II livello.

Il piano annuale gestione rischio sanitario PARS viene redatto tenuto conto delle indicazioni regionali contenute nel "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e successive comunicazioni dal Centro Regionale rischio clinico Prot. N. U.0098868 del 01-02-2022.

Tabella 1 – Dati di struttura e di attività

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari		Medicina	22
		Neurologia	6
		Oncologia	10
		Breve osservazione	10
		Cardiologia	19
		Chirurgia generale	32
		Urologia	11
		Ortopedia	13
		Otorinolaringoiatria	13
		Oculistica (solo autorizzato)	1
		Ostetricia e Ginecologia	56
		Neonatologia	13
		Nido	36
Posti letto diurni		DH medico	18
Posti letto diurni		DH chirurgico	4
Terapie intensive	3	Rianimazione	12
		UTIC	4
		Terapia intensiva neonatale	12
Numero Blocchi operatori	2	Numero sale operatorie	6
Altre Sale Chirurgiche		Chirurgia ambulatoriale	4
DATI DI ATTIVITÀ <sup>(A)</sup>			
Ricoveri ordinari	14.058	Ricoveri diurni	1.469
Accessi PS	28.800	Parti	3.077
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate (incluso Diagnostica di Laboratorio)	882.368

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria e aggiornati al 31/12/2022.



#### 4.1. Organizzazione del comitato Infezioni correlate all'Assistenza

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) è stato istituito nel 20/02/2015 con prot. N. 651/DG.

In occasione del cambio di gestione è stata rivista la composizione del Comitato ICA e soprattutto, in ottemperanza alla pubblicazione della Determina regionale del 28/11/2022 prot. N. G16501 dal titolo "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza", è stata integrata nel comitato la figura del medico Infettivologo e del Microbiologo.

Il comitato ICA è composto dalle seguenti figure:

*Presidente: Direttore Sanitario*

*Direttore UOC Laboratorio*

*Direttore UOC Farmacia*

*Responsabile SITRA*

*Direttore UOC Chirurgia digestiva e Colon retto*

*Direttore UOS Medicina*

*Direttore UOC Dipartimento Anestesia e Rianimazione*

*Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia*

*Direttore UOC Neonatologia e TIN*

*Medico di Direzione Sanitaria*

*Medico Infettivologo*

Il Comitato si riunisce ogni mese e tutte le volte che se ne ravveda l'opportunità.

### 5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nel corso dell'anno 2022 sono state raccolte 111 segnalazioni di cui il 65% riguardano le cadute.

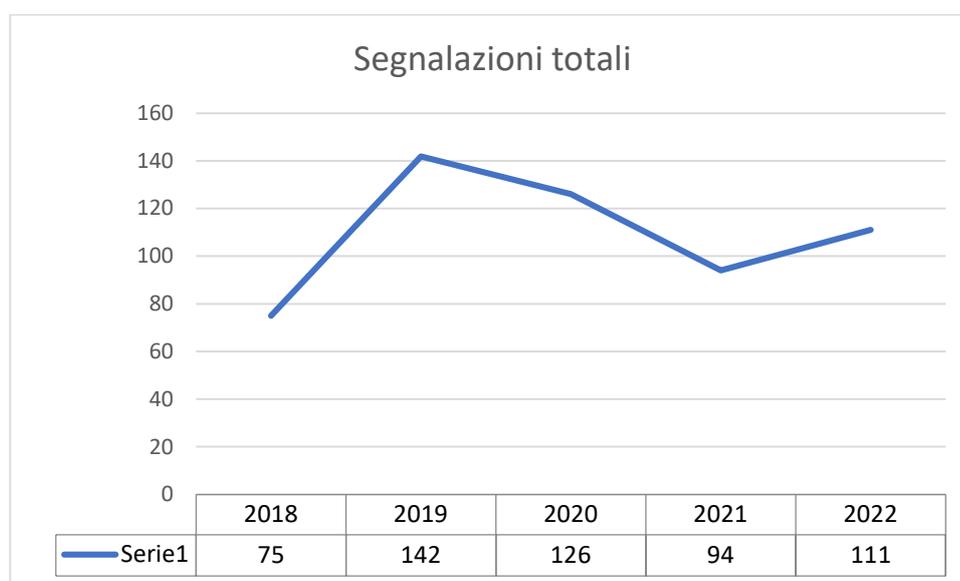


Grafico 1 – Segnalazioni totali

A partire dal 2019 gli operatori sanitari hanno utilizzato per le segnalazioni di eventi avversi un supporto informatico "Riskop" che ha dato ottimi risultati anche in epoca COVID.



Dal 2021 l'ospedale non è più dotato di un supporto informatico per le segnalazioni ma nonostante questa limitazione il numero si è mantenuto costante, segno che la cultura ha permesso l'utilizzo di altri canali di segnalazione più veloci.

La tabella sottostante descrive i numeri e la tipologia di eventi registrati nel 2022.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	54 (48.7%)	37.5%	Strutturali (4.5%) Tecnologici (0.9%) Organizzativi (9.9%) Procedure/ Comunicazione (1.8%)	Strutturali (1.8%) Tecnologiche (1.8%) Organizzative (29%) Procedure/ Comunicazione (1.8%)	100%
Eventi Avversi	53 (47.7%)	58.3%			
Eventi Senti-nella	4 (3.6%)	2.7%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

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

ANNO	N. SINISTRI(A)	RISARCIMENTI EROGATI(B)
2017	51	75.853,00 €
2018	20+15	500.000,00 €
2019	20 + 6	41.480,55 €
2020	26	575.000,00 €
2021	21	0
2022	17	0

(A): riportate solo le richieste di risarcimento relative al rischio clinico, escludendo i sequestri di cartelle cliniche non correlati a danni da responsabilità professionale e gli eventi non connotabili come sinistri (ad esempio smarrimento effetti personali, richieste di rimborso, ecc.)

(B): riportati i risarcimenti erogati dall'ospedale al netto della copertura assicurativa relativamente ai sinistri aperti nell'anno (a prescindere dalla data del pagamento)



## 6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	RITENZIONE ASSICURATIVA	BROKERAGGIO
2018 I sem	90449.1	Swiss Re	350.000,00 €	Ecclesia Geas
2018 II sem	IMED000014	AIG	250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia)	Ecclesia Geas
2019 (fino al 31.10.2019)	IMED000014	AIG	250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia)	Ecclesia Geas
2019 (dal 31.10.2019)	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas
2020	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas
2021 (fino al 31.10.2021)	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas
2021 (dal 31.10.2021)	RCH00020000108	Am Trust	350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 €	Ecclesia Geas
2022	RCH00020000108	Am Trust	350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 €	Ecclesia Geas /AON

Fonte dati: Ufficio Affari Legali

## 7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2022 in relazione agli obiettivi e attività prefissati.

Il Piano Annuale di Rischio sanitario 2022 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, tenendo conto delle linee di attività già implementate nel Piano Annuale di Risk Management 2021 e sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo.

Le attività previste nel Piano Annuale Rischio sanitario 2022 sono state tutte costantemente monitorate dal Risk Manager, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate.

In sintesi si può affermare che sono state raggiunte tutte le attività previste nel PARS.

Di seguito si riportano in tabella 5 la descrizione delle Attività relative agli obiettivi previsti nel PARS 2022, con definizione di attività, realizzazione e stato di attuazione.



Tabella 5 –Resoconto delle attività PARS 2022

Obiettivo A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso di comunicazione e relazione d'equipe in area materno-infantile"	SI	Il corso di formazione "Corso di comunicazione e relazione d'equipe in area materno-infantile" ha ottenuto il 23% di partecipazione.

Obiettivo B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRA-VERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progetto di gestione del paziente portatore di Dispositivo Cardiologico Impiantabile (CIED) da sottoporre a Trattamento Radioterapico	SI	Il progetto ha portato alla redazione di una procedura operativa che per essere formalizzata e applicata deve essere condivisa da tutte le figure professionali coinvolte
Attività 2: Progetto di analisi e verifica delle cause degli infortuni a rischio biologico	SI	E' stata sviluppata una linea di ricerca per esplorare le cause degli infortuni sul lavoro a rischio biologico. Per tale progetto è stato redatto un questionario anonimo somministrato ad un campione della popolazione lavorativa dell'ospedale e i risultati verranno condivisi con le figure competenti (RSPP e medico competente) per ridurre gli errori e i rischi per il lavoratore.
Attività 3: Progetto di verifica della correttezza dati anagrafici registrati in sede di ricovero e accesso in pronto soccorso	SI	E' stata eseguita un'analisi delle cause di errore in fase di registrazione dei dati anagrafici e per la prevenzione dei suddetti errori è stato richiesto l'implementazione della procedura di identificazione del paziente con braccialetto identificativo.

Obiettivo C: 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
Attività 1: Progetto di gestione reparto covid in ostetricia	SI	E' stata revisionata la procedura di gestione dei casi covid in ostetricia ed è stata realizzata un'area di isolamento composta da n.4 posti letto + un box parto in caso di aumento dei casi di covid.



## 7.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2022

Nel 2022 sono stati raggiunti tutti gli obiettivi prefissati ma in considerazione della mancanza di una figura di infettivologo è stato deciso di attendere prima di effettuare una formazione ad hoc.

Oltre agli obiettivi e attività descritte e svolte nel PARS 2022 sono state portate avanti altri progetti che di seguito si elenca:

In ottemperanza Determina regionale "Indicatori 2022 sulla spesa Farmaceutica Ospedaliera" prot. N.G05080 del 28/04/2022 e trasmessa al personale sanitario il 6 maggio 2022 vengono implementate le schede regionali elaborate sulla prescrizione di alcuni antibiotici e integrarle nella procedura aziendale "CC-ICA PROT 04 Protocollo di sorveglianza antinfettivi".

Sono stati revisionati i seguenti documenti:

CC-ICA POS 02 Disinfezione strumentario pluriuso

CC-ICA POS 10 Igiene mani

CC-ICA POS 01 Antisepsi cute e mucose

CC-ICA POS 03 Sterilizzazione strumentario critico

CC-ICA PROT 04 Protocollo di sorveglianza antinfettivi".

A novembre è stato inserito nel comitato un medico infettivologo a seguito del cambio di gestione dell'ospedale che ha modificato anche l'assetto della composizione del comitato.

Sono state effettuate n. 3 riunioni del Comitato ICA

E' stato organizzato un evento formativo in occasione della giornata mondiale del lavaggio delle mani.

Tabella 6 –Resoconto delle attività di Rischio infettivo 2022

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul corretto conferimento e smaltimento dei rifiuti ospedalieri in ospedale	SI	E' stata effettuata una edizione del corso presso i reparti di area medica
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di un corso sulle precauzioni da contatto, isolamento, igiene delle mani e pulizia dell'ambiente per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannie, Pseudomonas aeruginosa	SI	Sono state effettuate n. 3 edizioni del corso presso i reparti di area medica e ostetricia.

Obiettivo B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Redazione del Piano di azione locale per l'anno 2022	SI	E' stata compilato il questionario di autovalutazione come richiesto dal Documento regionale sull'igiene delle mani e risultando la nostra struttura ad un livello base è stato redatto un piano di azione locale che deve essere approvato dal Comitato ICA per renderlo operativo.



Obiettivo C: Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.	Sì	Obiettivo soddisfatto
Attività 2: Presentazione di casi clinici con il personale medico delle discipline di area medica, chirurgica e critica e condivisione di linee guida nazionali sulla terapia antibiotica.	NO	Il progetto di meeting clinici sull'appropriatezza antibiotica è stato rinviato al 2023 per carenza di specialista infettivologo.

## 8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 7 –Matrice delle responsabilità

Azione	Presidente CCICA/Me- dico di Dire- zione Sani- taria	Risk Mana- ger	Responsa- bile Affari Legali	Direttore Sanitario	Direzione Operation	Strutture di supporto
Redazione PARS	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabella 3 e 4	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	-
Approvazione PARS e dif- fusione a tutto il perso- nale	I	I	I	R	C	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C

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



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

Con l'emanazione della Determinazione regionale prot. N. G00643 del 25/01/2022 è stato approvato il documento recante "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" e sono state approvate le linee guida, identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno 2023.

### 9.1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

### 9.2. Attività

In questa sezione sono dettagliatamente illustrate le linee di attività individuate e in dettaglio indicate standard e matrice delle Responsabilità, strutture responsabili e strutture coinvolte.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di un corso base sulla gestione del rischio clinico		
INDICATORE partecipazione al corso di almeno il 40% degli operatori sanitari entro il 31/12/2023		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2– Individuazione dei facilitatori di UU.OO. per il rischio clinico e formazione sui principi base di Risk Management		
INDICATORE coinvolgimento 2 unità per ciascun reparto e/o servizio		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Componenti comitato Rischio clinico/Resp. di UU.OO.
Individuazione dei facilitatori	I	R
Attività di formazione	R	C/I
Monitoraggio dell'adesione	R	C/I



<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
ATTIVITÀ 3 – Implementazione di un sistema informatizzato di segnalazione degli eventi avversi e near miss		
INDICATORE sistema da implementare entro il 31/07/2023		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk manager	Direzione Generale
Implementazione del nuovo programma informatico	I	R
Trasmissione e Attività di formazione	R	I
Monitoraggio dell'adesione	R	I

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>		
ATTIVITÀ 1 Verifica dell'aderenza alle raccomandazioni ministeriali		
INDICATORE 50% entro il 31/12/2023		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk Manager	Gruppi di lavoro
Creazione di strumenti di verifica	R	C
Attività di verifica applicazione	R	C
Stesura di azioni di miglioramento in base agli esiti della verifica	R	R

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>		
ATTIVITÀ 2 Attività FMECA		
INDICATORE Realizzazione di almeno 2 analisi FMECA su specifici percorsi clinico-assistenziali entro il 31/12/2023		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk manager	Qualità e Accreditamento
Esecuzioni delle valutazioni FMECA	R	C
Verifica dell'attività	C	R



<b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>		
ATTIVITÀ 1 Revisione dei protocolli di sicurezza in sala operatoria e protocolli di antibiotico profilassi		
INDICATORE Revisione e trasmissione entro il 30/05/2023		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk manager	Componenti comitato area Chirurgica
Istituzione Gruppo di lavoro	R	C
Condivisione nuovi protocolli e nuove checklist con i responsabili Direttori e coordinatori di area chirurgica	R	C
Trasmissione e monitoraggio	R	C

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

Con l'emanazione della Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022, in considerazione della necessità di favorire una visione unitaria del rischio sanitario da parte di tutte le strutture sanitarie e con l'obiettivo di armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale delle Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) sono stati identificati gli obiettivi strategici, da declinare in linee di attività aziendali, da implementare nel corso dell'anno per l'elaborazione del PARS 2022.

### 10.1. Obiettivi

In data 17/11/2022 è stato istituito un nuovo comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) le cui funzioni sono di supporto e in condivisione con il Direttore Sanitario, presidente del suddetto comitato.

A seguire con la pubblicazione della Determinazione regionale "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" n. G16501 del 28/11/2022, il comitato ICA ha recepito il documento inserendo nel PARS tra gli obiettivi:

- le attività di prevenzione e controllo
- l'attività di formazione
- le evidenze documentali delle attività di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA, secondo le classi di priorità P1 e P2, elencate nel documento regionale sulle attività di prevenzione e controllo delle ICA, con particolare riguardo al monitoraggio delle stesse e alla qualità della documentazione sanitaria.

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementare le attività di prevenzione e controllo delle ICA
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni da *Enterobacteriales* resistenti ai carbapenemi (CRE).



## 10.2. Attività

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**ATTIVITÀ 1-** Corso di formazione su monitoraggio e controllo delle ICA: Igiene Mani e misure di isolamento

**INDICATORE** n. partecipanti per unità operativa

**STANDARD** 50%

**FONTE** CC-ICA/Referente Infection Control

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA/Referente Infection Control	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	
Organizzazione del corso		R
Esecuzione del corso	R	

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**ATTIVITÀ 2** – Istituzione e programma di un Antimicrobial Stewardship Team

**INDICATORE** Raggiungimento degli obiettivi indicati nel programma

**STANDARD** 50%

**FONTE** CC-ICA

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Unità operative
Istituzione e definizione del programma AS	R	
Condivisione e Trasmissione del programma		R
Applicazione delle attività previste nel programma	R	

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**ATTIVITÀ 3-** Progettazione ed esecuzione di meeting formativi sull'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici

**INDICATORE** n. partecipanti per unità operativa

**STANDARD** 50%

**FONTE** AMT/Medico Infettivologo

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	AMT/Medico Infettivologo	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	
Organizzazione del corso		R
Esecuzione del corso	R	

**OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA**

**ATTIVITÀ 1** – Programma di monitoraggio sulla corretta applicazione delle procedure aziendali sulle ICA

**INDICATORE:** n. schede di verifica utilizzate/n. ricoveri per unità operativa

**STANDARD** 100%

**FONTE:**CC-ICA/Referente Infection control



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA/Referente Infection control	Unità operative
Elaborazione di Checklist di verifica	R	
Verifica dell'adesione alle misure di prevenzione delle infezioni	R	C
Restituzione e analisi degli esiti della checklist alle unità operative	C	R

<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA</b>			
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Elaborazione e/o revisione di procedure e Bundle secondo le priorità P1 e P2			
INDICATORE n. procedure elaborate e/o revisionate sulle priorità P1 e P2			
STANDARD 100% di procedure secondo le priorità P1 e P2			
FONTE CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Gruppi di lavoro	CC-ICA	Unità operative
Elaborazione e/o revisione Procedure	R		
Valutazione e approvazione procedure		R	
Programmazione incontri informativi/formativi e trasmissione procedure	C	R	C

<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA</b>			
<b>ATTIVITÀ 3</b> – Indagine di prevalenza ICA			
INDICATORE report annuale dati di prevalenza ICA			
STANDARD n. 2 indagini all'anno			
FONTE: CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Referente Infection control	CC-ICA	Unità operative
Analisi dati cartelle cliniche ed elaborazione report sui risultati	R	C	
Presentazione report e condivisione dei risultati	R		C

<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA</b>			
<b>ATTIVITÀ 4</b> - Misurazione della compliance all'igiene delle mani			
INDICATORE n.100 osservazioni igiene delle mani a semestre per ogni unità operativa			
STANDARD 90% aree critiche			
FONTE analisi dei dati registrati durante le osservazioni			



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Personale osservatore	CC-ICA	Unità operative
Raccolta e analisi dati	R		
Valutazione dati		R	
Verifica adesione al Piano regionale e restituzione dati alle unità operative		R	C
Formazione a tutti gli operatori aree critiche se compliance inferiore al 50%		R	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI DA CRE

ATTIVITÀ 1 – Elaborazione e diffusione con cadenza semestrale di report sulla diffusione delle colonizzazioni/infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e dei microrganismi Alert

INDICATORE Report semestrale CRE e microrganismi Alert

STANDARD SI

FONTE: UOC Microbiologia FPG

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC Microbiologia FPG	CC-ICA	Unità Operative
Raccolta e analisi dati	R		
Valutazione dati		R	
Estrazione dati relativi ai gg di degenza suddivisi per UOC	C	R	
Restituzione dei dati e Audit	C	R	R

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE

ATTIVITÀ 2 – Elaborazione e diffusione con cadenza semestrale di report sul consumo dei farmaci antimicrobici espressi in DDD/100 giornate di degenza

INDICATORE Report semestrale consumo antimicrobici

STANDARD SI

FONTE Servizio di Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Servizio di Farmacia	CC-ICA	Unità Operative
Raccolta e analisi dati	R		
Valutazione dati		R	
Restituzione dei dati e Audit	C	R	R



OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI DA CRE			
ATTIVITÀ 3 -Screening Tampone rettale CRE ai pazienti ricoverati in Rianimazione all'ammissione in ospedale			
INDICATORE Tamponi positivi/Numero di pazienti sottoposti a screening			
STANDARD 100%			
FONTE Servizio di Microbiologia			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOC Microbiologia FPG</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>UOC Rianimazione</b>
<b>Esecuzione tampone rettale di screening</b>			R
<b>Analisi tamponi</b>	R		
<b>Estrazione dati su tamponi eseguiti</b>	R		
<b>Estrazione dati pazienti candidati allo screening</b>		R	
<b>Valutazione dati</b>		R	
<b>Verifica applicazione procedure aziendali sulla gestione dei pazienti colonizzati da germi CRE</b>			R

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI DA CRE			
ATTIVITÀ 4 -Screening Tampone rettale CRE ai pazienti ricoverati in Medicina all'ammissione in ospedale			
INDICATORE Tamponi positivi/Numero di pazienti sottoposti a screening			
STANDARD 100%			
FONTE Servizio di Microbiologia			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOC Microbiologia FPG</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>UOC Medicina</b>
<b>Esecuzione tampone rettale di screening</b>			R
<b>Analisi tamponi</b>	R		
<b>Estrazione dati su tamponi eseguiti</b>	R		
<b>Estrazione dati pazienti candidati allo screening</b>		R	
<b>Valutazione dati</b>		R	
<b>Verifica applicazione procedure aziendali sulla gestione dei pazienti colonizzati da germi CRE</b>			R

## 11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento viene trasmesso alle unità operative dell'ospedale, ai componenti del comitato ICA, ai facilitatori del rischio clinico, alle direzioni e caricato sul portale intranet aziendale. Infine viene pubblicato sulla *home page* del sito intranet aziendale.