PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2024

PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
00	02/01/2025	PARS anno 2024 secondo linee guida Regione Lazio

Redazione	Verifica	Approvazione
DSAN/RM Dott. Fulvio Aloj	DSAN/RM Dott. Fulvio Aloj	DSAN/DG Dott. Fulvio Aloj Avvocato Gabriele Trombetta

I.N.M. IRCCS Neuromed S.p.A.
Il Direttore Generale
Avv. Gabriele Trombetta

Sommario

PREMESSA, SCOPO E CONTESTO ORGANIZZATIVO 3/4

1 CONTESTO ORGANIZZATIVO 4

2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 8

3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 9

4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 10

4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2024 10

4.2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2024 11

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 13

6 OBIETTIVI 13

6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2025 14

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 16

7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 16

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS 18

9 RIFERIMENTI NORMATIVI 18

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 20

PREMESSA

Il piano annuale della Gestione del Rischio Sanitario, in breve PARS, qui contenuto relativo all'anno 2023 si sviluppa nel rispetto delle linee guida della Regione Lazio, prese come riferimento, non avendo la Regione Molise emanato indicazioni in merito al rischio clinico per quanto richiesto dalla legge Gelli-Bianco che 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 attivita' finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. In quest'ottica emerge la necessità di istituire un sistema atto a rilevazioni delle segnalazioni del rischio clinico, il tutto finalizzato a garantire la minimalizzazione dei rischi a favore dei pazienti, dei familiari e degli operatori. Il piano annuale di risk management, rappresenta pertanto lo strumento per promuovere e realizzare, in sostanza, la politica aziendale in materiadi prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure. Attraverso l'analisi degli eventi occorsi nella organizzazione nel corso degli anni precedenti, che oramai costituiscono un importante fonte di informazione, e sulla scorta delle evidenze descritte in letteratura, èpossibile individuare le azioni e gli interventi da porre in essere ai fini del contenimento della rischiosità insita nelle attività svolte nelle strutture aziendali. Il piano si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisidel rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione el'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS. Il Risk Management mira a ridurre le probabilita' che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante ii periodo di degenza spaziando do un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte.

Scopo

Scopo fondamentale del PARS e' quello di promuovere la cultura della sicurezza delle cure, che parte dall'analisi e dal monitoraggio degli eventi avversi, dalla elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche sicure consolidando la formazione degli operatori sanitari.

Campo di applicazione

Il piano si applica all' IRCCS Neuromed, Istituto Neurologico Mediterraneo S.p.A che agisce come struttura privata accreditata.

1 Contesto Organizzativo

L'IR.C.C.S. Neuromed detiene al suo interno tre cuori pulsanti strategicamente interconnessi tra loro: clinica, ricerca e formazione. E' un centro ospedaliero di eccellenza che svolge attivita di **ricerca, di diagnosi e di cura** nell'ambito dei disturbi neurologici, delle patologie neurochirurgiche e oncologiche correlate, delle malattie croniche degenerative e di quelle rare del sistema nervoso. L'istituto vanta centri ultraspecialistici per il trattamento dei disturbi neurologici specifici, dotati di strumentazioni diagnostiche e chirurgiche estremamente avanzate e di altissima qualita' nonche di laboratori e tecnologie all'avanguardia. L'I.R.C.C.S. Neuromed e'un Istituto Sanitario in grado di fornire servizi ad elevato valore aggiunto perseguendo l'eccellenza in ogni attivita: dall'assistenza al paziente, alla ricerca biomedica e sanitaria, alla didattica e formazione, alla comunicazione e divulgazione scientifica. Una *mission* che trae la sua forza da valori ben precisi da ricondurre alla qualita', all'eccellenza e all'umanizzazione e rispetto per i pazienti e i familiari.

Le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

L'Istituo Neuromed dispone di n. **308** posti letto autorizzati, di cui **156** accreditati e contrattualizzati con il SSN.I posti letto sono distribuiti in camere singole o doppie.

DATI STRUTTURALI	
Struttura	IRCCS NEUROMED S.p.A
Mq. Complessivi	26.009,78 mq

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE			
Risorse umane al 31/12/2024	N° 267	Ruolo sanitario: 254 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 13	
Reparti/servizi	**N° Posti**	**Tipologia Assistenziale**	
ACUTI			
CODICE	**DESCRIZIONE**		N. PL
30	Neurochirurgia/ Neuroradiologia Interventistica	**SSN**	35
14	Chirurgia Vascolare	SSN	6
32	Neurologia/Epilessia/StrokeUnit/AngiocardioNeurologia/Syncope Unit	SSN	46
49	Terapia Intensiva	SSN	7
75	Neuroriabilitazione	SSN	45
56	Riabilitazione	SSN	10
2	Day Hospital	SSN	6
98	Day surgery	SSN	1
SALE OPERATORIE	2 BLOCCHI 8 SALE	SSN	PRIVATO/ASS.
AMBULATORIALE			
Patologia Clinica	1	SSN	PRIVATO/ASS.
Biologia Molecolare	1	SSN	PRIVATO/ASS.
Neuropatologia	1	SSN	PRIVATO/ASS.
RADIOLOGIA TRAD	1	SSN	PRIVATO/ASS.
RISONANZA MAGNETICA	1	SSN	PRIVATO/ASS.
TAC	1	SSN	PRIVATO/ASS.
MEDICINA NUCLEARE	1	SSN	PRIVATO/ASS.

Altro punto di forza dell'Istituto **e' la piattaforma ambulatoriale** costituita da ambulatori generali e specialistici.

Prestazioni ambulatoriali erogabili in convenzione con il S.S.N.

Visite Neurologiche generali, Visite per Cefalee, Visite Unità Valutativa Alzheimer, Visite Malattia di Parkinson, Visite Medicina del Sonno, Visite Sclerosi Multipla, Visite Epilessia

Visite Neurochirurgiche, Visite Neuropsicologiche, Visite Fisiatriche, Visite Cardiologiache, Visite Neuroendocrinologiche e Endocrinologiche, Visite Diabetologiche, Visite Oncologiche, Visite Otorinolaringoiatriche, Visite Medicina del Dolore, Visite Oftalmologia, Ortottica e Studio delle malattie rare apparato visivo, Visite Angiologiche e di Chirurgia Vascolare, Visite Dermatologiche, Visite Genetica Clinica.

Prestazioni ambulatoriali erogabili privatamente

Visite Neurochirurgiche, Visite Neuroradiologia Interventistica, Visite Neurologiche, Neurologia Generale, Centro per diagnosi e trattamento della Sclerosi Multipla, Centro per lo studio e la cura della Malattia di Parkinson e disordini del movimento, Centro UVA (Unità Valutativa Alzheimer), Centro per lo studio e la cura delle Cefalee, Centro per lo studio e la cura dell'Epilessia, Centro per la diagnosi e la cura dell'Ictus Cerebri, Visite Neuropsicologiche, Visite Medicina dello Sport, Visite Fisiatriche, Visite Ematologiche, Visite Cardiologiche, Visite Otorinolaringoiatria, Visite Angiologiche e di Chirurgia Vascolare, Visite Ortopediche, Visite Urologiche, Visite Gastroenterologiche, Visite Ginecologiche.

Inoltre Neuromed e' dotata di un importante piattaforma diagnostica avanzata che svolge attività di:

- **Neuroradiologia Sperimentale e Funzionale**
- **Neuroradiologia Diagnostica Terapeutica.**

L' alta tecnologia TC ed RMN permettono l'esecuzione di un'ampia e completa gamma di indagini strumentali per la diagnosi sia a fini terapeutici che per la prevenzione e la ricerca.Le nuove apparecchiature di risonanza magnetica permettono innovativi ed adeguati studi nell'ambito della patologia del sistema nervoso anche grazie alle nuove sequenze di imaging avanzato (RM di spettroscopia, RM funzionale, RM di perfusione, sequenze in diffusione, con ricostruzioni di trattografia).

Inoltre per aumentare il comfort dei pazienti e rispondere alle sue esigenze la piattaforma è dotata di una risonanza magnetica aperta per obesi e claustrofobici, di una risonanza 1,5 tesla e una risonanza 3 tesla.

La **Neuroradiologia Diagnostica e Terapeutica,** è fornita di moderno angiografo biplano flat-panel e permette di eseguire indagini diagnostiche e terapeutiche nell'ambito della neuroradiologia interventistica vascolare e spinale, per il trattamento delle malformazioni vascolari e delle patologia degenerativa e traumatica della colonna vertebrale.

Prestazioni Interventistica Vascolare

- Embolizzazione di aneurismi
- Embolizzazioni di malformazioni artero-venose (MAV)
- Malformazioni Encefaliche e midollari
- Angioplastica e stanting di vasi epiaortici ed intracranici

Prestazioni Interventistica Spinale

- Vertebroplastica
- Vertebroplastica con stant
- Biopsia ossea vertebrale
- Radiofrequanza faccette articolari
- Decompressione discale percutanea
- Radiofrequanza Foraminale (Rizzotomia)
- Infiltrazioni medicamentose

Il **Servizio di Medicina Nucleare** invece esegue indagini sia di Medicina Nucleare convenzionale che di tomografia ad emissione di positroni (PET) convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale.Il Servizio dispone di 1 ***SPECT*** per studi tomografici e di 2 ***Tomografia PET – TAC*** integrati per lo studio di patologie oncologiche, neurologiche.

In particolare oltre a studi **PET – TAC Total-body** per la stadiazione, monitoraggio e follow-up di pazienti affetti da patologia neoplastica.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano uno rischio rilevante e frequente per la salute dei pazienti e possono determinare

l'insorgenza di eventi avversi. Proprio per questo nella struttura è stato istituito ed è operante il Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CIO). L'attività del Comitato Controllo Infezioni (CIO) è rivolta in modo sistematico alla verifica delle migliori pratiche e alla verifica di quanto effettuato dal personale operante nella struttura durante tutte le attività di assistenza e cura dei pazienti/ospiti della struttura sanitaria e per contribuire in modo fattivo alla conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico per renderlo un elemento fondante alla partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2024 INTERNI			
SETTING	**PRESTAZIONI**	**AMBULATORIALE**	**PRESTAZIONI**
DIMESSI Day Hospital	2097	**DIAGNOSTICA (RX+RMN+TAC)**	14718
DIMESSI Chirurgia Vascolare	780	**Patologia Clinica**	466359
DIMESSI Neurochirurgia	2962		
DIMESSI Neurologia	1985		
DIMESSI Terapia Intensiva	118		
DIMESSI Riabilitazione	310		

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2024 ESTERNI			
SETTING	**PRESTAZIONI**	**SETTING**	**PRESTAZIONI**
VISITE SPECIALISTICHE	302203	**DIAGNOSTICA (RX+RMN+TAC)**	61764
MEDICINA DI LABORATORIO Tutte le branche	242738	**MEDICINA NUCLEARE**	35506

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2018 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa[1] e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2023 sono stati: **n.18**

Tabella 1 – Eventi 2024

tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali cause	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	100	100%		Strutturali (10%) Organizzative (30%) Aggiornamento Procedure/ Comunicazione/Formazione/monitoraggio (50%) Formazione e facilitazione informazione per gli operatori sanitari neoassunti sull'importanza della comunicazione dei near miss e di tutti gli eventi	Sistemi di reporting (100%)
Cadute	6	67%	6 cadute accidentali		
Altro	2	22%	errata compilazione documentazione		
Eventi sentinella	1	11%	Segnalazione caso di Listeria agli organi competenti paziente proveniente da altra regione		

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2020	19	0	0
2021	19	5	789.945
2022	19	1	142.000
2023	19	3	571.814
2024	17	2	133.000
Totale	**93**	**11**	**€ 1.635.000**

[1] Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

3 Descrizione della posizione assicurativa

La Struttura ad oggi non possiede alcuna polizza assicurativa ma è in regime di Autoritenzione.

4 Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2023

4.1 Resoconto delle attività del 2024

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
***Attività (1)* Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "**		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Sono stati realizzati corsi degli operatori in presenza come giornate formative e alcuni operatori anche il corso FAD ISS con l'obiettivo di diffondere la cultura della sicurezza clinico- assistenziale l'igiene delle mani, gestione catetere vescicale, gestione emocolture, PICC, ferita sito chirurgico, gestione tracheostomie. Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Completato**
Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico –Corretta compilazione della check list		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
***Attività (2)*Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC;**		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Esaminare 30 cartelle 100% conformi	**SI**	E' in corso 'attuazione della cartella informatizzata che sara' disponibile entro la fine 2025
***attività (3)* promozione ed esecuzione di attività di auting clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attaverso audit interni**		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	cartella clinica .

Realizzazione Conseguimento certificazione integrata: ISO 9001:2015; ISO14001, ISO45000	**SI**	Completato

OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura

***Attività (5)* Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali**

INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo (Adozione linee guida AGENAS)	SI	**Completato**

4..2 Attività rischio infettivo 2024

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

***Attività (1)* Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Revisione ed implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio clinico. Condivisione dati epidemiologici delle ICA e del report quinquennale delle infezioni per UO e Materiale biologico. **Indicatore**: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Completato**

***Attività (2)* Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Progettazione e esecuzione di giornate formative sull'antibiotico resistenza e sul corretto impiego degli antibiotici. **Indicatore**: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Attuazione al 50%**

OBIETTIVO B: **Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere**

entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di Neuromed		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Studio sull'utilizzo e consumo del gel idroalcolico	**SI**	**Report attuazione lavaggio mani** **Adesione** **1° sem 85%** **2° sem 87%**
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 (infezioni correlata all'assistenza) incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
***ATTIVITÀ (4)*- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE (germi carbapenemasi resistenti)**		
Archiviazione	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva e Neuroriabilitazione Report quinquennale MO piu' frequenti per materiale e area di degenza	**SI**	**Completato**
***ATTIVITÀ 5)*-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobical stewardship).**		
Partecipazione ai corsi rischio clinico	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Implementazione delle riunioni del CIO e dell'attivita' di collaborazione con infettivologi ed epidemiologi. Linee Guida dell'Infettivologo per i reparti di UTI, NCH, Riabilitazione sull'uso degli antibiotici per distretto e germi isolati. **Indicatore**: ***Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza***, nuovo prontuario terapeutico aziendale 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Completato**

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager (RM): redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella
specifica sul rischio infettivo.

2. Direttore Sanitario (DSAN) redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifico sul rischio infettivo (punto A8);

3. Responsabile UO Affari Legali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);

4. Direttore Generale (DG): si impegna a redigere il PARS entro il 30 giugno di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse per la realizzazione delle attività previste dal Piano

AZIONE	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Direttore generale/Referente di struttura	figure di supporto (RGQ. Ing- clinica ect.)	CIO
Redazione PARS	R	C	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	R	C	I	C
Redazione punto A7	C	I	I	I	R
Adozione PARS	C	I	C	C	I
Monitoraggio PARS	R	C	C	C	C
Monitoraggio punto A7	C	I	I	I	R

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato CIO Comitato Infezioni Ospedaliere

6 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi. Operando secondo le linee guida di riferimento per la

stesura del PARS sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2024.

Gli obiettivi strategici definiti a livello aziendale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. 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
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1 Le Attività per il 2025

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
***ATTIVITÀ (1)*- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico**			
Indicatore: Partecipazione di almeno il 100 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità "			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management.Qualità		***Scadenza:*** 31/12/2025	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	**RM/DSAN**	**AREA FORMAZIONE**	**FIGURE DI SUPPORTO**
Progettazione dei contenuti dei corsi	**R**	**C**	**I**
Organizzazione ed accreditamento del corso	**I**	**R**	**I**
Esecuzione del corso	**C**	**R**	**I**
***ATTIVITÀ 2)*- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico**			
Indicatore: Partecipazione di almeno dell'80 % del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "			
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		***Scadenza:*** 31/12/2025	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RM/DSAN**	**AREA FORMAZIONE**	**FIGURE DI SUPPORTO**
Progettazione dei contenuti dei corsi	**R**	**C**	**I**
Organizzazione ed accreditamento del corso	**I**	**R**	**I**
Esecuzione del corso	**C**	**R**	**I**

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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE***			
ATTIVITÀ (3) **- Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza**			
Indicatore: verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella			
Standard: su campione di 40 Cartelle controllo delle 40 checklist – 100% conformi			
Fonte: DSAN			***Scadenza: 31/12/2025***
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RM/DSAN**	**FIGURE DI SUPPORTO**	**RESP. MEDICO DI OGNI UO**
Utilizzo scheda come da procedura	**R**	**I**	**C**
Selezione e Raccolta delle cartelle	**C**	**I**	**R**
Monitoraggio dei dati	**I**	**I**	**R**
Redazione report finale	**R**	**I**	**I**

ATTIVITA' (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture			
Indicatore: Mantenimento della certificazione della qualità secondo gli standard del sistema integrato.			
Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno 2025			
Fonte: DSAN		***Scadenza: 31/12/2025***	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RGQ**	**RM/DSAN**	**PERSONALE SANITARIO**
Progettazione/esecuzione	**C**	**R**	**I**
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	**C**	**R**	**C**
Monitoraggio/report finale	**R**	**C**	**C**

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITA' 5 **Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere**			
Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo			
Standard: formato pieghevole			
Fonte: RSQ-Marketing-DSAN			***Scadenza: 31/12/2025***
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	***RMDSAN***	***RSQ***	***FIGURE DI SUPPORTO***
Proposta di pieghevole	**R**	**C**	**I**
Approvazione pieghevole	**R**	**C**	**I**
Distribuzione pieghevole nei reparti	**C**	**R**	**I**

Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	**R**	**C**	**I**

7 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.
Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
B. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documenti regionali e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

7.1 Le attività rischio infettivo

OBIETTIVO A: **Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo**			
ATTIVITÀ (1) **- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**			
Indicatore Formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA in modo particolare sulle infezioni del sito chirurgico, delle vie urinarie catetere correlate, infezioni torrente ematico catetere correlato, polmoniti associate alla ventilazione e gestione delle tracheostomie.			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			***Scadenza: 31/12/2025***
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RM/DSAN**	**AREA FROMAZIONE**	**CIO**
Progettazione dei contenuti dei corsi	**R**	**I**	
Organizzazione ed accreditamento del corso	**C**	**I**	
Esecuzione del corso	**I**	**I**	**R**
ATTIVITÀ (2) **- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici**			
Indicatore Formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti e sull'antibiotico resistenza. Organizzazione di attività di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza			

Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario; Comunicazione da parte della farmacia del consumo espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza con cadenza annuale.	
Fonte: DSAN	***Scadenza: 31/12/2025***

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FROMAZIONE	CIO
Progettazione dei contenuti dei corsi	**R**	**I**	**C**
Organizzazione ed accreditamento del corso	**C**	**I**	**R**
Esecuzione del corso	**I**	**I**	**R**

OBIETTIVO B: **Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per l' igiene delle mani in Neuromed Formazione/informazione degli operatori sanitari sui concetti fondamentali sull' utilizzo di sostanze idroalcoliche per l'igiene delle mani e sul più attento utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come prevenzione di INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Indicatore: Consumo annuale gel idroalcoolico rapportato ai giorni di degenza

Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/25

Fonte: DSAN	***Scadenza: 31/12/2025***

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AD	CIO
Implementazione piano	**R**	**I**	**C**
Monitoraggio degli obiettivi	**C**	**I**	**R**
Redazione report finale	**R**	**I**	**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 invasive da CRE

***ATTIVITÀ (4)*- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nelle differenti UO, Implementazione della sorveglianza attiva delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE tramite effettuazione di tampone rettale e screening tampone nasale prericovero.

Standard: Rilevazione mensile dei dati

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management.Qualità	***Scadenza:*** 31/12/2025

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	CIO	DG
Implementazione piano	**R**	**C**	**I**

Monitoraggio degli obiettivi	**C**	**R**	**I**
Redazione report finale	**C**	**R**	**I**

***ATTIVITÀ 5)*-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobical stewardship).**			
Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza			
Standard: 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità		***Scadenza:*** 31/12/2025	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RM/DSAN**	**AREA FORMAZIONE**	**CIO**
Progettazione dei contenuti dei corsi	**R**	**I**	**I**
Organizzazione ed accreditamento del corso	**I**	**R**	**I**
Esecuzione e delle aule	**I**	**C**	**I**

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- Pubblicazione PARS sul sito internet di Neuromed
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa delle regioni e normative nazionali inerenti la gestione del rischio clinico non avendo la Regione Molise emanato indicazioni in merito al rischio clinico per quanto richiesto dalla legge Gelli-Bianco:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio do Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"

5. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 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)"
6. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
7. D.P.R. 14/01/97 "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"
8. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
9. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
10. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
14. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
15. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
16. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
17. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
18. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
19. 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
20. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
21. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
22. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- 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&me
- 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 .
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live