

# PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

*ANNO 2022*

<p><b>Responsabile Rischio Clinico</b> Dott.ssa F. Micheletta</p> <p>Roma, 15/02/2022</p>	<p><b>Medico Responsabile Hospice San Luca</b> Dott. D. Manzo</p> <p><b>Direttore Sanitario Casa di Cura San Luca</b> Dott. D. Caputo</p> <p>Roma, 18/02/2021</p>	<p><b>Direzione Aziendale</b> Dott. A. Paganini</p> <p>Roma, 21/02/2021</p>
---	---	---

## 1. PREMESSA

Il *Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario* (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della CASA DI CURA – HOSPICE SAN LUCA.

L'Hospice San Luca è impegnato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente attraverso la definizione di attività specifiche definite nel PARS e le attività di implementazione, monitoraggio e rendicontazione delle stesse. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di lineeguida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei *caregivers*.

Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella struttura attraverso il coinvolgimento delle diverse Unità Operative e Servizi e delle aree funzionali trasversali alle stesse con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali erogate all'interno della struttura ed in abito domiciliare. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del Medico Responsabile non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali nelle loro specifiche competenze bensì coordinano ed armonizzano l'intero sistema di governo del rischio clinico ed infettivo. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la visione e la cultura della sicurezza all'interno dell'HOSPICE SAN LUCA.

Il PARS 2022 è stato redatto sulla base della Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2021 Adozione del "documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria – Centro Regionale Rischio Clinico. Fa parte del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l'implementazione dell'igiene delle mani 2022.

### 1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

HOSPICE SAN LUCA 2021	
POSTI LETTO RESIDENZIALI: 18*	Ricoveri UO residenziale: 118 + 31°
	Giornate di degenza: 3922
POSTI LETTO DOMICILIARI: 72*	Prese in carico domiciliari: 199
	Giornate di degenza: 16720
<b>Casa di Cura San Luca</b>	
<b>Altri servizi accreditati</b>	
Diagnostica per immagini (Radiologia)	Ambulatorio Cardiologia (ECG/visita cardiologica)

Legenda: \*a regime dal 2022; °ricoveri in residenziale provenienti da Servizio Domiciliare.

L'HOSPICE San Luca è un'Unità Operativa di Cure Palliative comprendente un'Unità Operativa residenziale (due moduli) di complessivi n. 18 posti letto e un Servizio di assistenza domiciliare (due moduli) con complessivi n. 72 pazienti in regime di assistenza domiciliare che entreranno a regime nel 2022.

Sono inoltre presenti i seguenti servizi accreditati:

- ✓ diagnostica per immagini (radiologia convenzionale)
- ✓ ambulatorio di cardiologia

L'attività poliambulatoriale è autorizzata per le seguenti specialità in regime privato: Medicina, chirurgia, oculistica, dermatologia, ortopedia, otorino, ambulatorio di diagnostica cardiologica, ambulatorio di diagnostica per immagini.

## 1.2 A. REPORT EVENTI AVVERSI

	<i>Sinistri</i>	<i>Eventi avversi</i>	<i>Eventi Sentinella</i>
<b>Anno 2018</b>	-	3	-
<b>Anno 2019</b>	-	26	-
<b>Anno 2020</b>	-	12	-
<b>Anno 2021</b>	-	7	-

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

<b>TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI</b>		
<i>Tipologia evento</i>	<i>Caduta</i>	6
	<i>Malfunzionamento dispositivi</i>	1
<i>Classificazione evento</i>	Evento avverso	6(85,7%)
	<i>Near miss</i>	1 (14,3%)
	Evento sentinella	0
<i>Esito evento</i>	Nessuno	4(57,1%)
	Lieve	3(52,9%)
	Moderato	0
	Severo	0
<i>Fonte segnalazione</i>	<i>Incident reporting</i>	6 (85,7%)
	Altro	1 (14,3%)

<b>TIPOLOGIA EVENTO</b>	<b>N (%)</b>	<b>Principali fattori causali e/o contribuenti</b>	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Fonte del Dato</b>
<b>Near Miss</b>	1 (14,3%)	Strutturali e Tecnologici 80%  Organizzativi e Procedure/Comunicazione 20%	Strutturali e Tecnologici 20%  Organizzativi e Procedure/Comunicazione 80%	Schede <i>incident reporting</i> (100%)

<b>Eventi Avversi</b>	6* (85,7%)	Strutturali e Tecnologici 0%  Organizzativi e Procedure/Comunicazione 100%	Strutturali e Tecnologici 0%  Organizzativi e Procedure/Comunicazione 100%	Schede <i>Incident reporting</i> (85,7%)  SWA e Analisi cartelle cliniche (14,3%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	NA	NA	NA

**\*EVENTI CADUTA:** totale 6 eventi caduta, che complessivamente rappresentano il 85,7% del totale eventi segnalati/emersi: Gli eventi caduta espressi come eventi per 1000 giornate di degenza: 0,3 cadute per 1.000 giornate di degenza (vs 1,8 riportato nel 2020)

**N.B.** La maggior parte degli eventi avversi segnalati/emersi sono rappresentate da cadute accidentali in assistenza domiciliare (5 su 6), *setting* nel quale la progressiva fragilità e perdita di autonomia del paziente da una parte e l'impossibilità da parte dell'equipe di incidere in maniera significativa sulle modifiche strutturali e logistiche delle abitazioni, spesso necessarie per prevenire il rischio caduta, rendono la probabilità che si verifichi una caduta accidentale più elevata che in altri contesti assistenziali e meno prevenibile.. Dettagli nello specifico report eventi caduta 2021 (rev. 00 del 17/07/2022) di cui la tabella sottostante è un estratto.

**TABELLA 2: SINTESI EVENTI CADUTA 2021**

<i>Tipologia evento</i>	<i>Near miss</i>	0
	Evento avverso	6
	Evento sentinella	0
Esito evento	Nessuno	3
	Lieve*	3
	Moderato	0
	Severo	0
<i>Eventi caduta per 1000 giornate degenza (GD)</i>	0,3 eventi per 1000 GD (vs 1,8 del 2020)	
<i>Eventi doppi N(%)</i>	1 (16,7%)	
<i>Rapporto uomini/donne</i>	2/3 (40% uomini)	
<i>Età media (DS)</i>	82,4 ± 10,7 anni	
<i>Indice di Karnofsky (media ± DS)</i>	30 ± 6,3	

## 1.2 B. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

Non ci sono stati sinistri né richieste di risarcimento relativi all'HOSPICE SAN LUCA.

## 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Casa di Cura HOSPICE SAN LUCA opera in regime di autoritenzione del rischio.

## 1.4 RESOCONTO ATTIVITÀ PARM E PAICA 2021

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

## SINTESI ATTIVITA' 2021

### OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ PARM E PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p><b>ATTIVITA' 1.</b> Organizzare ed effettuare almeno un nuovo corso di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Effettuazione di un nuovo corso con relativo test di valutazione apprendimento con domande a risposta multipla e questionario di gradimento del corso. (entro il 31/12/2021)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corso avanzato rischio clinico per facilitatori 2021 con 5,2 crediti ECM (I edizione in presenza con 4 partecipanti Hospice San Luca);</li> <li>○ Corso su "Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione: medicazioni avanzate e VAC Therapy" (18 partecipanti)</li> <li>○ Corso FAD "Rischio clinico e buona pratica clinica" con 9 crediti ECM: 22 partecipanti che hanno completato corso;</li> <li>○ Corso FAD Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione con 4,5 crediti ECM: 22 partecipanti che hanno completato corso;</li> <li>○ Corso FAD prevenzione rischio cadute con 4,5 crediti ECM: 21 partecipanti che hanno completato corso;</li> <li>○ Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA per osservatori (4 partecipanti) e operatori sanitari (18 partecipanti)</li> </ul>

### OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ PARM	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p><b>ATTIVITA' 2:</b> Implementazione delle attività di Prevenzione e Gestione delle cadute</p> <p><b>INDICATORE 2:</b> <i>Morbidity&amp;Mortality review</i> eventi caduta periodico (almeno annuale) con stesura di uno specifico report e discussione dello stesso in equipe multidisciplinare (entro 31/07/2021 e 31/01/2022 se semestrale).</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuata analisi e report annuale (Report cadute 2021 rev. 00 del 17/07/2022).</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 3:</b> Implementazione della nuova Raccomandazione n. 19 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide"</p> <p><b>INDICATORE 3:</b> Aggiornamento prontuario farmaceutico con codice colore specifico per manipolazione formulazioni orali solide</p>	In parte	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementata la Raccomandazione in ambito del servizio domiciliare.</li> <li>○ Va implementato utilizzo codice colore nel prontuario farmaceutico (difficoltà perché in gran parte farmaci forniti dalla Farmacia ASL di riferimento con modifica delle formulazioni e confezioni e in parte dalla Farmacia interna del gruppo per il quale è più semplice)</li> </ul>

<b>ATTIVITA' 5:</b> Controllo random di almeno 30 cartelle cliniche Hospice residenziale e 50 Hospice domiciliare con specifica checklist di controllo con stesura di report semestrale da condividere con equipe multidisciplinare. <b>INDICATORE 7:</b> <i>effettuazione controllo cartelle semestrale con relativa stesura di report.</i> <b>INDICATORE 8:</b> N° incontri per analisi condivisa in equipe. Standard: 1 incontro per ogni controllo effettuato.	SI	Effettuato controllo e analisi cartelle cliniche sulla base di una specifica checklist con indicatori predefiniti elaborata <i>ad hoc</i> su <i>setting</i> assistenziale Hospice per UO Residenziale e Servizio domiciliare, in base anche ai requisiti/indicatori del DCA 496 relativo all'accreditamento. o Report controllo cartelle primo semestre 2021 (rev. del 30/07/2021 condiviso e discusso in riunione di equipe multidisciplinare) o Report cartelle secondo semestre 2021 (rev. del 25/01/2022) condiviso con equipe e da discutere in riunione di equipe multidisciplinare.
<b>ATTIVITA' 6:</b> Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute . <b>INDICATORE 10:</b> Aggiornamento e revisione procedure interne relative alle Raccomandazioni del Ministero della Salute antecedenti il 2018.	SI	Tutte le procedure interne in ricezione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, applicabili nel <i>setting</i> assistenziale dell'Hospice, hanno revisione successiva al 2018.
<b>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b> <b>OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>		
<b>ATTIVITÀ PARM</b>	<b>REALIZZATA</b>	<b>NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI</b>
<b>ATTIVITA' 4:</b> Implementazione del Safety Walkaround (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. <b>INDICATORE 5:</b> Numero di Safety Walkaround/ sondaggio Quality&Safety effettuati/anno. Standard: almeno 1/anno con coinvolgimento di tutte le UO e > 60% dei pazienti in assistenza domiciliare	SI	In considerazione della particolarità del setting organizzativo dell'HOSPICE (moduli con 9 letti in regime residenziale e 36 pazienti in assistenza domiciliare) si è deciso di focalizzare l'attenzione sull'assistenza domiciliare e di effettuare come nei due anni precedenti uno specifico sondaggio telefonico " <i>Quality&amp;Safety</i> " con un format di domande predefinito comprendente la verifica delle procedure in atto in relazione all'emergenza COVID-19 che è stato somministrato ai pazienti e <i>caregivers</i> dal Coordinatore del Servizio Domiciliare con anche di persona nelle abitazioni con coinvolgimento di >60% dei pazienti/ <i>caregivers</i> e stesura in collaborazione con il risk manager di un report con specifico piano di miglioramento condiviso con equipe multidisciplinare (REPORT SONDAGGIO QUALITÀ&RISCHIO CLINICO Assistenza Domiciliare 2021 – Rev. 00 del dicembre 2021).
<b>OBIETTIVO D: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</b>		
<b>ATTIVITÀ PARM E PAICA</b>	<b>REALIZZATA</b>	<b>NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI</b>
<b>ATTIVITA' 7:</b> Corretta e costante alimentazione del flusso SIMES attraverso il portale regionale di Risk Management.	NA	NA: non ci sono stati eventi sentinella.

<p><b>ATTIVITA' 8:</b> Alimentazione del portale <i>risk management</i> regionale e partecipazione agli incontri e attività del Centro Regionale Rischio Clinico.</p> <p><b>INDICATORE 12:</b> Inserimento segnalazione eventi e near miss nel portale regionale.</p> <p><b>INDICATORE 13:</b> Partecipazione alle attività/incontri indetti dal Centro Regionale Rischio Clinico (&gt;70%)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inseriti tutti gli eventi nel portale regionale</li> <li>○ Recepto e in fase di implementazione Piano di Intervento Regionale Igiene Mani 2021;</li> <li>○ Condiviso nuovo documento regionale su classificazione EA/ES;</li> <li>○ Condivisa revisione documento regionale su corretta identificazione del paziente;</li> <li>○ Costante partecipazione agli incontri del tavolo tecnico CRRC;</li> <li>○ Effettuata campagna comunicazione in occasione della <b>giornata nazionale sicurezza delle cure</b> e <b>giornata mondiale igiene delle mani</b>;</li> <li>○ Revisionato PPV sulla base della revisione del documento di indirizzo regionale 2021 prevenzione violenza contro operatori sanitari.</li> </ul>
<b>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</b>		
ATTIVITÀ PAICA	REALIZZATA	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p><b>ATTIVITA' 1:</b> implementazione sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Elaborazione report semestrale relativo a infezioni e colonizzazioni da CRE.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non ci sono stati casi di batteriemie/sepsi da CRE</li> <li>○ In uso sistema di monitoraggio dei microrganismi alert</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 2:</b> implementazione monitoraggio consumo antimicrobici</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard: 1/1 con report condiviso entro 31/01/2022)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitorato consumo antimicrobici ed elaborato report annuale consumo antimicrobici (rev. 01 del 10/01/2022) con analisi comparativa verso il 2020.</li> <li>○ Condiviso report con equipe multidisciplinare, da discutere in riunione equipe periodica.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 3:</b> implementazione appropriatezza prescrittiva antibiotici ("<i>antimicrobial stewardship</i>")</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Monitoraggio consumo e appropriatezza prescrittiva antibiotici parenterali in ambito residenziale</p>	<p>IN PARTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elaborato database raccolta dati condiviso con medico responsabile e medici Hospice, non è ancora sistematico utilizzo che permette poi lo studio e discussione delle singole prescrizioni sugli antibiotici di interesse identificati.</li> <li>○ Da implementare nel 2022.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 4: ATTIVITÀ 4:</b> implementazione Piano Regionale igiene mani e campagna OMS igiene delle mani</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Report semestrale consumo prodotti alcolici per Igiene mani (standard 1/1 entro il 31/07/2021 e 31/01/2022)</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elaborato Report consumo prodotti alcolici per igiene mani 2021 (rev. 00 dell'11/01/2022 con confronto 2020) e condiviso con equipe multidisciplinare contestualmente al report annuale consumo antimicrobici. da discutere in riunione equipe periodica.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITÀ 5</b> implementazione prevenzione e controllo infezioni da <i>clostridium difficile</i>.</p> <p><b>INDICATORE 1</b> monitoraggio corretta applicazione nuova procedura operativa</p>	<p>NA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non ci sono stati casi di CD</li> </ul>

(Standard 1/1 con report annuale condiviso entro il 31/01/2022) <b>INDICATORE 2</b> studio di prevalenza annuale		
<b>ATTIVITÀ 6</b> IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE AI CATETERI VENOSI CENTRALI E PICC	IN PARTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementato sistema di monitoraggio con database dedicato ai pazienti portatori di CVC e PICC e revisionato modulo-checklist di gestione del CVC/PICC.</li> <li>○ Elaborato documento (istruzione operativa) “Buona pratica esecuzione emocolture” e condiviso con equipe documento italiano di consenso “procedure di esecuzione, trasporto e conservazione del prelievo per emocoltura) e video educativo.</li> <li>○ Da implementare nel 2022 studio di prevalenza sia in ambito residenziale che domiciliare.</li> </ul>

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

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

## 3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ RISCHIO CLINICO

### 3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali dell’HOSPICE SAN LUCA in ambito di gestione del rischio clinico e rischio infettivo sono, in accordo agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- B. Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 3.2 ATTIVITÀ 2022

In linea con la *mission* aziendale e in conformità con le indicazioni del documento di indirizzo regionale per il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario, nonché con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi generali enunciati nel paragrafo precedente.

#### **OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

**ATTIVITÀ 1:** Organizzare ed effettuare almeno un nuovo corso di formazione relativo alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.

**INDICATORE 1:** Effettuazione di almeno una edizione del corso (entro il 31/12/2022)



<b>STANDARD SI</b>		
<b>Fonte:</b> Area formazione e Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzione Aziendale/Area Formazione</b>
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>		
<b>ATTIVITA' 2:</b> Organizzare nuove edizioni del corso di formazione su "igiene delle mani e infezioni correlate all'assistenza"		
<b>INDICATORE 2:</b> Effettuazione almeno due nuove edizioni del corso con coinvolgimento del personale sanitario che non lo ha effettuato nel 2021 (entro il 31/12/2022)		
<b>STANDARD SI</b>		
<b>Fonte:</b> Area formazione e Risk Manager/Medico Responsabile		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager e Medico Responsabile</b>	<b>Direzione Aziendale/Area Formazione</b>
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>			
<b>ATTIVITA' 3:</b> Controllo cartelle cliniche con indicatori predefiniti per ogni Unità Operativa (almeno 30 Residenziale e 60 domiciliare)			
<b>INDICATORE 3:</b> Effettuazione controllo semestrale delle cartelle come programmato			
<b>INDICATORE 4:</b> Stesura report (1 per ogni controllo) e condivisione/discussione con equipe multidisciplinare			
<b>Fonte:</b> Medico Responsabile e Risk Manager			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Medico Responsabile</b>	<b>Coordinatrici</b>
Effettuazione controllo	C	R	C
Stesura report	R	C	C
Diffusione e discussione report con equipe multidisciplinare	I	R	C

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>			
<b>ATTIVITA' 4:</b> Implementazione prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)			
<b>INDICATORE 5:</b> Monitoraggio delle LDP con elaborazione di report semestrali condivisi con equipe sanitaria			
<b>Fonte:</b> Coordinatrici Hospice e Risk Manager			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Coordinatore infermieristico</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Medico Responsabile</b>
Monitoraggio LDP	R	I	I
Elaborazione report	R	C	I

Diffusione e discussione report con equipe multidisciplinare	R	I	C
--	---	---	---

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>				
<b>ATTIVITA' 5:</b> Implementazione del Safety Walkaround/Sondaggio Qualità&Rischio clinico come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure				
<b>INDICATORE 6:</b> Implementazione piano di miglioramento 2021 (standard > 70%)				
<b>INDICATORE 7:</b> Effettuazione di almeno un Safety Walkaround/ Sondaggio Qualità&Rischio clinico nel 2022 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2022)				
<b>Fonte:</b> Risk Manager, Responsabile Medico Hospice e Coordinatrice Hospice domiciliare				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
<b>Azione</b>	<b>Coordinatrice Hospice Domiciliare</b>	<b>Medico Responsabile</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzione Aziendale</b>
Progettazione ed effettuazione SWA	R	C	R	I
Elaborazione Report SWA	R	C	R	I
Diffusione e discussione report con equipe multidisciplinare	C	R	I	I

<b>OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO</b>			
<b>ATTIVITÀ 6</b>			
IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI			
<b>INDICATORE 1:</b> Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard 1/1 entro il 15/02/2023)			
<b>INDICATORE 2:</b> Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e definizione piano di miglioramento (Standard 1/1 entro il 15/03/2023)			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Coordinatrice Hospice residenziale</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Medico Responsabile</b>
Monitoraggio e raccolta dati consumi	R	I	I
Analisi consumo antimicrobici e stesura report	C	R	C
Diffusione e discussione report con equipe	C	C	R
<b>OBIETTIVO C. IMPLEMENTAZIONE PIANO INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI</b>			
<b>ATTIVITÀ 7</b>			
IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO DI PRODOTTI IDROALCOLICI PER IGIENE MANI			
<b>INDICATORE 1:</b> Report semestrale consumo prodotti idroalcolici per igiene mani (standard 1/1 entro il 31/07/2022 e 31/01/2023)			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Coordinatrice Hospice residenziale</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Medico Responsabile</b>
Monitoraggio e raccolta dati	R	I	C
Analisi consumo gel e stesura report	C	R	C
Diffusione e discussione report con equipe	C	C	R

<b>OBIETTIVO C. IMPLEMENTAZIONE PIANO DI INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI</b>				
<b>ATTIVITÀ 8: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2022</b>				
<b>INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' E RAGGIUNGIMENTO SPECIFICI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI AZIONE 2022 (ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO) (STANDARD &gt; 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2022)</b>				
<b>Fonte: MEDICO RESPONSABILE RSA E DIREZIONE AZIENDALE</b>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
<b>Azione</b>	<b>Medico responsabile</b>	<b>Coordinatrici Hospice</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzione aziendale</b>
Elaborazione piano d'azione annuale	R	C	C	C
Implementazione e monitoraggio attività' 2022	R	C	C	C

<b>OBIETTIVO D. PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).</b>			
<b>ATTIVITÀ 9: IMPLEMENTAZIONI ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE ICA CORRELATE A CVC-PICC</b>			
<b>INDICATORE 2: MONITORAGGIO CORRETTA APPLICAZIONE PROCEDURA INTERNA GESTIONE CVC-PICC E "BUONA PRATICA ESECUZIONE EMOCOLTURE"</b>			
<b>INDICATORE 1: MONITORAGGIO ICA ASSOCIATE A CVC-PICC CON STUDIO DI PREVALENZA CON ELABORAZIONE DI REPORT SEMESTRALE CONDIVISO CON EQUIPE</b>			
<b>Fonte: MEDICO RESPONSABILE HOSPICE E COORDINATRICI HOSPICE RESIDENZIALE E DOMICILIARE</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Medico responsabile</b>	<b>Coordinatrici Hospice</b>	<b>Risk Manager</b>
Monitoraggio corretta applicazione procedura interna gestione cvc-picc e "buona pratica esecuzione emocolture"	C	R	I
Monitoraggio ICA associate a CVC-PICC con studio di prevalenza con elaborazione di report semestrale condiviso con equipe	R	C	C

#### 4. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

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

#### 5. ALLEGATI

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

**6. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio – CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza. PNCAR 2017-2021;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. *Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.*
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Deliberazione 2018 GR0357\_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;)
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";

- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:**  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQU505JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQU505JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)
- **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella** luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare*, strategy for the real world. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).
- WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)