



Johnny&Mary^{sr}
Riabilitazione Psichiatrica

Allegato B

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2022

Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa

JOHNNY & MARY S.R.L

Paliano (FR)

Unità di Risk Management

Responsabile Dott. Gianluca Mauro



INDICE

1. Contesto organizzativo	pag.4
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag11
3. Descrizione della posizione assicurativa	pag13
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	pag13
5. Matrice delle responsabilità	pag15
6. Obiettivi e attività	pag16
7. Modalità di diffusione del documento	pag19
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	pag20



Johnny&Mary ^{Srl}
Riabilitazione Psichiatrica

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Struttura Residenziale Socio Riabilitativa Casa Johnny & Mary, con sede legale in Paliano (FR) via Poggio Romano s.n.c, si articola in due strutture socio riabilitative accreditate dal Sistema Sanitario Regionale del Lazio nel rispetto dei decreti autorizzativi DCA U000213 del 2013, DCA U000215 del 2013.

L'assieme delle due strutture è attualmente autorizzato per ospitare complessivamente **n.20 p.l.**, divisi come di seguito riportato:

- N.10 p.l. presso Casa Johnny, in regime di ricovero volontario SRSR H24 accreditati;
- N.10 p.l. presso Casa Mary, in regime di ricovero volontario SRSR H24 accreditati.

Le stanze sono ad uno o due posti letto, dotate di riscaldamento, arredi e dotazioni strumentali congrue all'accoglienza di pazienti con abilità fisiche e motorie globalmente conservate: la struttura, nonostante l'abbattimento delle barriere architettoniche maggiori, non si presta all'accoglienza di pazienti con severa disabilità motoria e/o con compromissioni internistiche tali da richiedere un elevato livello di assistenza sanitaria. Attesa, quindi, la presenza di una piscina all'aperto nel contesto della proprietà che ospita la SRSR Casa Mary, l'amministrazione si è fatta carico- per prevenire il rischio clinico, secondo quanto di seguito delineato- di recintarne il perimetro, onde impedire l'accesso degli ospiti, e provvede periodicamente allo svuotamento ed alla pulizia della vasca per prevenire il rischio infettivo connesso al ristagno dei liquidi.

Per lo svolgimento delle attività terapeutiche e riabilitative denunciate nel documento aziendale "Carta dei servizi", Johnny & Mary S.r.l. è in possesso delle autorizzazioni necessarie, rilasciate dalla Regione Lazio ed indicate nei decreti del Commissario ad Acta di seguito riportati:

DCA U000213 del 2013

DCA U000215 del 2013

In data 10/3/2020 viene istituito il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA) costituito da:

- Dott. Gianluca Mauro Risk Manager e Direttore Sanitario;
- Dott.ssa Daniela Riscolo Direzione Strategica;
- Dott.ssa Antonella Filosa Coordinatore Infermieristico.

Nella Struttura, pur presenti stanze ad un posto letto, non sono presenti locali atti all'isolamento temporaneo in attesa del trasferimento in struttura ospedaliera dedicata.

All'interno delle strutture viene attuato un intervento medico, psicologico e riabilitativo nei confronti di utenti con gravi compromissioni del funzionamento personale, relazionale e sociale.

L'intervento multidisciplinare si articola in diverse attività complementari:

- attività psichiatrica;
- attività psicologica e psicoterapica;
- attività riabilitativa
- attività risocializzante;

- attività di coordinamento.

Nelle medicherie e nei corridoi sono stati posizionati i dispenser di gel idroalcolico.

La Struttura ha stabilito una convenzione con un laboratorio esterno specializzato in esami ematochimici ed indagini batteriologiche.

I pazienti possono usufruire dei servizi territoriali, nei limiti e nei tempi necessari.

L'Azienda considerate le dimensioni dell'attività e la specifica tipologia degli interventi realizzati all'interno delle strutture ha ritenuto, anche in considerazione degli specifici profili professionali, di delegare al gruppo UVR il controllo delle ICA atteso peraltro che tale attività si ritiene collegata alla gestione del rischio clinico.

L'Unità di Valutazione del Rischio clinico (UVR) è un organo collegiale composto da:

- Risk Manager che coincide con il Direttore Sanitario della struttura residenziale;
- Direzione amministrativa;
- RSPP ed RLS.

L'UVR, al fine di approfondire quanto elaborato dalla Regione in tema di ICA si è riunita in apposita riunione individuando quali azioni operative da implementare:

- programmare una riunione semestrale dell'UVR in via ordinaria salvo effettuare riunioni specifiche nel caso si rilevassero elementi che richiedano interventi tempestivi per affrontare eventuali ICA;
- revisionare le procedure e le istruzioni operative che impattano sul rischio di ICA al fine, se necessario, adeguarle a mutate attività sanitarie o prescrizioni normative;
- programmare adeguate sessioni formative per il personale in relazione alle diverse funzioni svolte nelle strutture.

L'UVR ha, infine, ritenuto di redigere, ratificare e diffondere a tutto il personale in servizio gli allegati:

- Manuale Operativo per il rischio infettivo;
- Procedura per la gestione del rischio infettivo;
- Procedure specifiche per la prevenzione ed il monitoraggio dell'infezione da Sars-CoV2.



DATI STRUTTURALI

Posti letto ordinari SRSR H24	20	Casa Mary n.10
		Casa Johnny n.10

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE

Ricoveri ordinari SRSR H24	3
Trasferimento utenti in PS	1
Consulenze specialistiche non psichiatriche	13

CATEGORIE DI RISCHIO E PIANO AZIENDALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

CATEGORIE DI RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE PREVENTIVE	METODO DI MONITORAGGIO
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	-GLI OGGETTI DESTINATI AL CONTATTO INTIMO (LAMETTE DA BARBA, FORBICI, BICCHIERI, ECC.) DEL PAZIENTE DOVRANNO ESSERE CONSERVATI SEPARATAMENTE E NON DOVRANNO IN NESSUN CASO ESSERE CONDIVISI CON ALTRI OSPITI; -QUANDO VERRANNO MANIPOLATI DAL PERSONALE, ESSO DOVRÀ PROTEGGERSI CON GLI APPOSITI STRUMENTI DI SICUREZZA; -IL PAZIENTE NON POTRÀ IN NESSUN CASO MANIPOLARE CIBI.	BOARD E STAFF OPERANTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	RIUNIONE PERIODICA DEL BOARD PER IL MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE E DEL FUNZIONAMENTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE, ED EVENTUALE DEFINIZIONE DELLE MISURE CORRETTIVE E/O DEI MIGLIORAMENTI NECESSARI
CADUTA DI UN OSPITE	I LUOGHI DI DEGENZA VENGONO GARANTITI PRIVI DI INGOMBRI E/O OSTACOLI; LE SCALE PRESENTANO LA BANDA ANTISCIVOLO ED UN IDONEO CORRIMANO	AMMINISTRATORE	



INTOSSICAZIONE DA FARMACI	LA TERAPIA FARMACOLOGICA VERRA' SOMMINISTRATA ESCLUSIVAMENTE DA PERSONALE ESPERTO E QUALIFICATO ED IN ACCORDO CON IL DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE SANITARIO ED INFERMIERE	
ATTI AGGRESSIVI	SUPERVISIONE COSTANTE DELL'ATTIVITA' DEGLI OSPITI, DEI RAPPORTI CHE INTERCORRONO TRA QUELLI, DI EVENTUALI FUGHE O ALLONTAMENTI DALLA STRUTTURA	BOARD E STAFF OPERANTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	
ATTI AUTOLESIVI			
SUICIDIO			
FUGHE			

L'Azienda- considerate le dimensioni dell'attività e la specifica tipologia degli interventi realizzati all'interno delle strutture- ha ritenuto, anche in considerazione degli specifici profili professionali, di delegare al gruppo UVR il controllo delle ICA atteso peraltro che tale attività si ritiene collegata alla gestione del rischio clinico.

L'Unità di Valutazione del Rischio clinico (UVR) è un organo collegiale composto da:

- Risk Manager che coincide con il Direttore Sanitario della struttura residenziale
- Direzione amministrativa
- RSPP ed RLS

L'UVR, al fine di approfondire quanto elaborato dalla Regione in tema di ICA si è riunita in apposita riunione individuando quali azioni operative da implementare:

- programmare una riunione semestrale dell'UVR in via ordinaria salvo effettuare riunioni specifiche nel caso si rilevassero elementi che richiedano interventi tempestivi per affrontare eventuali ICA;
- revisionare le procedure e le istruzioni operative che impattano sul rischio di ICA al fine, se necessario, adeguarle a mutate attività sanitarie o prescrizioni normative;
- programmare adeguate sessioni formative per il personale in relazione alle diverse funzioni svolte nelle strutture.

L'UVR ha, infine, ritenuto di redigere, ratificare e diffondere a tutto il personale in servizio gli allegati:

- Manuale Operativo per il rischio infettivo;
- Procedura per la gestione del rischio infettivo.

Il PARM, che ha preceduto negli anni 2020 e 2021 l'adozione del piano unico PARS, è stato redatto e condotto secondo quanto riassunto in tabella

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario ^(A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto	Componenti UVR
Redazione PARM e proposta di deliberazione	R	C	-	C
Adozione PARM con deliberazione	I	C	-	C
Monitoraggio PARM	R	C	C	C

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

Nell'organigramma della SRSR Johnny & Mary srl, le figure di riferimento sono:

- Dott. Gianluca Mauro, Risk Manager e Direttore Sanitario;
- Dott.ssa Daniela Riscolo Direzione Strategica;
- Dott.ssa Antonella Filosa Coordinatore Infermieristico;
- Avv. Marco Mampieri, Direttore Amministrativo;
- Sig. Enzo Prisco, Amministratore Unico.

La realizzazione del PAICA, che ha preceduto negli anni 2020 e 2021 l'adozione del piano unico PARS, ha identificato in capo alla struttura ed alla sua équipe professionale, due specifiche responsabilità:

- la responsabilità del presidente del CCICA, che redige il PAICA con la collaborazione degli altri membri del Comitato, e ne monitora l'implementazione;
- la responsabilità della Direzione Strategica, che presiede all'attuazione del PAICA e fornisce al CCICA ed all'organizzazione della struttura le risorse e le direttive per la realizzazione delle attività previste dal PAIA medesimo



Azione	Presidente CCICA	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto	Componenti UVR
Redazione PAICA	R	R	C	C	C
Adozione PAICA	C	C	I	I	C
Monitoraggio PAICA	R	C	C	C	C

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

Nell'organigramma della SRSR Johnny & Mary srl, le figure di riferimento sono:

- Dott. Gianluca Mauro, Risk Manager e Direttore Sanitario;
- Dott.ssa Daniela Riscolo Direzione Strategica;
- Dott.ssa Antonella Filosa Coordinatore Infermieristico.

In materia di prevenzione e gestione delle infezioni correlate all' assistenza, definito dal piano aziendale PAICA e dalle integrazioni a quello aggiunte in riferimento all'infezione pandemica da Covid-19, si segnala quanto segue:

- la Direzione Sanitaria ed il Board della società hanno provveduto alla formazione del personale in servizio secondo quanto sancito dall'obiettivo "Diffondere la cultura della sicurezza delle cure": il personale ha goduto dei corsi di formazione FAD erogati dall'istituto superiore di Sanità e prodotto documentazione dell'avvenuto superamento dei corsi. Del pari, con peculiare riferimento alla infezione da Covid-19 responsabile della pandemia, il personale ha ricevuto formazione specifica da parte del Direttore Sanitario;
- la Direzione Sanitaria ed il Board della società hanno raggiunto, convocando periodiche riunioni di equipe e diffondendo procedure specifiche di prevenzione del rischio e monitoraggio del contagio, l'obiettivo "Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa".

Il piano per la prevenzione dei rischi infettivi correlati all'assistenza è stato integrato, in ragione della pandemia da Sars-CoV2 con i seguenti ulteriori documenti, redatti dal Direttore Sanitario, dal Medico Competente, dall'Amministratore ai sensi del D. Lgs n.81 del 9 aprile 2008 così come modificato dal D. Lgs 106/2009:

- PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA ED IL RISCHIO, emesso in data 4/3/2020;



- PROCEDURA PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE Indicazioni correlate all'improvvisa emergenza legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (cosiddetto "coronavirus") causa della malattia Covid-19

- INDICAZIONI PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI AMBIENTI INDOOR IN RELAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA VIRUS SARS-CoV-2

- DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO Relazione sulla valutazione del rischio biologico correlato all'improvvisa emergenza legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (cosiddetto "coronavirus") causa della malattia Covid-19

Per quanto concerne il controllo delle infezioni e l'utilizzo di farmaci antibiotici, si riportano i seguenti eventi significativi:

-in data 20/7/2021, un'ospite si è sottoposta a cure odontoiatriche che hanno imposto l'introduzione, nei giorni successivi, di terapia antibiotica con amoxicillina ed acido clavulanico. Il ciclo è stato completato, con piena remissione della sintomatologia. Il farmaco somministrato (amoxicillina + acido clavulanico) NON appartiene alla classe dei carbapenemi: tanto esclude che l'evento possa aver sostenuto la patogenesi di una resistenza batterica a quella classe di antibiotici.

-in data 16/8/2021, un'ospite ha mostrato segni e sintomi di otite media. La mancata restitutio ad integrum dopo l'adozione di procaina e fenazone ha imposto la somministrazione, per una settimana, di amoxicillina ed acido clavulanico. Il ciclo terapeutico è stato completato con remissione dell'infezione. Il farmaco somministrato (amoxicillina + acido clavulanico) NON appartiene alla classe dei carbapenemi: tanto esclude che l'evento possa aver sostenuto la patogenesi di una resistenza batterica a quella classe di antibiotici;

-in data 13/12, un ospite- a margine di un periodo di cinque giorni caratterizzati da febbre ricorrente- remittente, con picchi di temperatura corporea superiori ai 38°, non responsiva al trattamento con antipiretici ed antiinfiammatori- è stato introdotto al trattamento, per sette giorni, con amoxicillina ed acido clavulanico. Il ciclo terapeutico è stato completato con piena remissione della sintomatologia. Il farmaco somministrato (amoxicillina + acido clavulanico) NON appartiene alla classe dei carbapenemi: tanto esclude che l'evento possa aver sostenuto la patogenesi di una resistenza batterica a quella classe di antibiotici;



2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Attesa la definizione delle categorie di rischio mutuata dalla tabella d.c.s già inserita nel piano di gestione del rischio clinico, al documento Rev.00 del 02/07/2018, e definiti gli eventi avversi, gli eventi sentinella ed i near miss secondo il glossario del Ministero della Salute, si riferisce di seguito l'andamento degli eventi inerenti l'anno 2021.

Nel 2021 si sono verificati i seguenti eventi:

n.3 near miss, così configurati:

- un episodio di allontanamento temporaneo dalla struttura in orari non destinati alla libera uscita degli ospiti: in data 14/03, a margine di un pranzo condiviso tra gli ospiti delle due strutture, due pazienti si sono allontanati dalla struttura con l'intento di recarsi presso la famiglia di uno dei due. Entrambi sono stati rinvenuti nella tarda serata dello stesso giorno. Come riferito nelle note informative redatte in corrispondenza dell'evento, l'episodio è stato segnalato ai CCSSM competenti ed al rientro degli ospiti si è attivato il protocollo di isolamento, monitoraggio del possibile contagio covid-19 e sanificazione dei locali. Entrambi gli ospiti hanno ricevuto, in ragione della sintomatologia sottesa al gesto una terapia farmacologica supplementare, per i giorni immediatamente successivi all'episodio. La prevenzione di episodi dello stesso genere è stata garantita dall'intervento combinato della Psicologa responsabile e del Direttore sanitario.
- un episodio di mancata somministrazione della terapia farmacologica: un ospite, nel corso dei lavori del festival cinematografico organizzato dalla SRSR, non ha ricevuto, contrariamente a quanto stabilito, una parte della terapia farmacologica prescritta. In data 10/8, diversamente da quanto ha luogo usualmente, gli ospiti si trovavano fuori dalle strutture per prendere parte, sotto la supervisione degli operatori, alla manifestazione di cui sopra: pur a fronte della prescrizione, da parte del medico, di una terapia farmacologica addizionale pro tempore, le complicità organizzative hanno impedito che quella terapia venisse regolarmente somministrata. Il paziente non ha sperimentato sintomi clinici degni di nota: registrato l'accaduto, si è provveduto ad integrare la terapia farmacologica nei giorni seguenti
- un episodio di contatto tra un ospite ed una persona poi risultata positiva alla ricerca del virus Sars-CoV2: nel contesto del progetto terapeutico varato, uno degli ospiti ha avuto la possibilità di riprendere gli studi medi superiori per conseguire il diploma: in seno alla frequentazione di quell'ambiente, l'ospite medesimo ha ricevuto e trasmesso notizia della presenza nella sua classe di uno studente risultato positivo alla ricerca del virus Sars-CoV2. Nel rispetto del protocollo vigente alla data del 15/11/2021, sono state attuate tutte le misure di isolamento e quarantena dell'ospite che è stato sottoposto alla ricerca del virus, dapprima a mezzo di test antigenico, quindi a mezzo di test molecolare, con risultato negativo;

Le cause sono attribuibili in misura del 100% a fattori intrinseci alla patologia degli assistiti. L'occorrenza degli episodi di cui sopra ha condotto a processi di indagine interna finalizzati alla individuazione delle cause specifiche per ciascun episodio, alla segnalazione degli eventi ai CC SS MM responsabili dei singoli utenti, alla revisione delle terapie farmacologiche ed alla revisione

dei progetti Terapeutici Individualizzati. Si è fatto ricorso, da parte della Struttura, agli strumenti procedurali e documentali del Sistema di Gestione della Qualità, già declinati nel documento “Carta dei servizi”

Eventi segnalati nel 2021 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	3	Strutturali (0) Tecnologici (0) Organizzativi (100%) Procedure/Comunicazione (0)	Organizzative (100%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	0			
Eventi Sentinella	0			

In ottemperanza dell’ articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, che prevede che “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio”, si elabora la seguente tabella:

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

Anno	N. Sinistri	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0



3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

1.2 Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio
2018	380383786	Generali Ass.ni	1.815,00
2019	380383786	Generali Ass.ni	1.815,00
2020	380383819	Generali Ass.ni	1.714,50
2021	380383819	Generali Ass.ni	1.714,50
2022	380383819	Generali Ass.ni	1.714,50

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STATO DI ATTUAZIONE
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	- Organizzazione di corsi di formazione interni; - Adozione di procedure e specifici protocolli aziendali <u>100% SESSIONI FORMATIVE</u> <u>ENTRO IL 31/12/2021</u>	Partecipazione del personale dipendente	Il 100% delle sessioni formative è stato completato nei tempi stabiliti
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, a mezzo di interventi finalizzati alla crescita qualitativa delle prestazioni erogate ed al monitoraggio-prevenzione degli eventi avversi	- identificazione ed adozione delle procedure atte a garantire il corretto utilizzo e la sicurezza delle terapie farmacologiche -identificazione ed adozione delle procedure atte a compilare ed utilizzare la cartella clinica come strumento unico delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure - identificazione ed adozione di percorsi psicoeducativi e psicoterapici utili a prevenire episodi di agitazione psicomotoria ed atti auto ed etero-lesionistici	Monitoraggio a cadenza mensile delle attività; Verifica e controllo, a cadenza mensile, in seno alle riunioni del board	Come attestato dai verbali del board, inerenti i singoli eventi avversi ed attestanti il periodico rinnovo delle procedure, l'obiettivo è stato raggiunto entro i termini temporali stabiliti



	<p>- identificazione ed adozione delle misure atte a prevenire la diffusione delle infezioni</p> <p><u>ENTRO IL 31 /12/2021</u></p>		
<p>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</p>	<p>Organizzazione di corsi di formazione in materia di prevenzione e monitoraggio delle ICA e formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici</p> <p><u>ENTRO IL 31/12/2021</u></p>	<p>Partecipazione del personale in servizio</p>	<p>Il 100% delle sessioni formative è stato completato nei tempi stabiliti</p>
<p>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</p>	<p>Esecuzione di un'indagine di prevalenza sulle principali ICA; ricezione di report compilati dai MMG sulle prescrizioni degli antibiotici ed esame del report.</p> <p>Elaborazione, revisione, implementazione del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali, coproculture) delle colonizzazioni/infezioni da CPE.</p> <p>Elaborazione, revisione, implementazione delle procedure finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo</p>	<p>Verbale audit/riunione</p>	<p>Il 100% delle sessioni formative è stato completato nei tempi stabiliti</p>



5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 6, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni attività in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Responsabile Affari Legali/Generali*	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STANDARD	FONTE	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, anche in relazione al rischio infettivo*	- Organizzazione di un corso di formazione interno sulla "Gestione Del Rischio Clinico: stato di necessità e Legge 833/1978" - Adozione di procedure e specifici protocolli aziendali - Formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici <u>100% SESSIONI FORMATIVE</u> <u>ENTRO IL 31/12/2022</u>	Partecipazione del personale in servizio	SI	Risk Management	AZIONE	RISK MANAGER	RESPONSABILE FORMAZIONE
					Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C



Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, a mezzo di interventi finalizzati alla crescita qualitativa delle prestazioni erogate ed al monitoraggio-prevenzione degli eventi avversi	- Identificazione-adozione delle procedure atte a garantire il corretto utilizzo e la sicurezza delle terapie farmacologiche -identificazione - adozione delle procedure atte a compilare ed utilizzare la cartella clinica come strumento unico delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure - identificazione ed adozione di percorsi psicoeducativi e psicoterapici utili a prevenire episodi di agitazione psicomotoria ed atti auto ed etero-lesionistici - identificazione ed adozione delle misure atte a prevenire la diffusione delle infezioni -Elaborazione, revisione, implementazione delle	Monitoraggio a cadenza trimestrale delle attività; Verifica e controllo, a cadenza semestrale, in seno alle riunioni del board	SI	Direttore Sanitario, Coordinatore infermieristico, Psicologo Responsabile	AZIONE	RISK MANAGER	RESPONSABILE FORMAZIONE
					Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C



	<p>procedure finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo</p> <p><u>ENTRO IL 31 /12/2022</u></p>						
<p>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</p>	<p>Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su "sensibilizzazione igiene delle mani", monitoraggio permanente dell'adesione del personale.</p> <p><u>ENTRO IL31/12/2022</u></p>	<p>Partecipazione del personale in servizio</p>	<p>SI</p>	<p>Direttore Sanitario & Board</p>			
					AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
					Definizione del piano aziendale	R	C
					Monitoraggio del piano aziendale	C	R



negli anni successivi;							
Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).*	<p>- Organizzazione di corsi di formazione in materia di prevenzione e monitoraggio delle ICA</p> <p>- Elaborazione, revisione, implementazione del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali, coproculture) delle colonizzazioni/infezioni da CPE, in relazione con il rischio dedotto dal PAICA 2020</p> <p>- Esecuzione di un'indagine di prevalenza sulle principali ICA; redazione di report sulla prescrizione degli antibiotici ed esame annuale del report</p> <p><u>ENTRO IL 31/12/2022</u></p>	Verbale audit/riunione	SI	Direttore Sanitario & Board	AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE FORMAZIONE
					Redazione protocollo	R	R
					Monitoraggio del rispetto dei protocolli	R	C



--	--	--	--	--	--

*Alle misure finalizzate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, si intendono aggregati i processi di monitoraggio e prevenzione specificamente riferiti alla prevenzione del contagio da virus Sars-CoV2. Si fa riferimento alla procedura specifica PROCEDURA PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO SARS-COV-2 Rev01 DEL 16.11.2020

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

- Pubblicazione sul sito web istituzionale www.johnnyemary.it;
- Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- Presentazione agli Operatori della struttura;
- Comunicazione del PARS all'indirizzo crrc@regione.lazio.it;
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura



8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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”;
2. 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”;
3. 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”;
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81, integrato con il Decreto legislativo n.106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
9. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 -DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
10. 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;
11. 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;
12. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
13. 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;
14. 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”;
15. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
16. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo2008-2013"
17. 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.131”;
18. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre2016 recante “Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
19. Determinazione Regionale n.G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;



20. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
21. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
22. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
23. 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”.

1. Rigby K, Clark RB, Runcinean WB: Adverse events in health care: setting priorities based on economic Evaluation; 1999; J Qual Clin Practice,19:7-12;
2. Rosenthal MM, Sutcliffe KMeds; Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;
3. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;
4. Reason J, Carthey J, de Leval MR, Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective Risk management; 2001; Quality in health care; Dec; 10 Suppl 2; 21-51;
5. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001; BMJ Publications;
6. A cura di Dipartimento della Qualità, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III- Ministero della Salute-, Manuale per la Formazione degli Operatori Sanitari;
7. Barbiero Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione del contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;
8. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
9. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza; LA Feltrinelli, 2009;
10. Barresi Gustavo, Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione; Franco Angeli Editore, 2014;
11. Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana Frittelli, Vittorio Gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita “Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria” Commentario alla Legge 24/2017; Quotidiano Sanità Edizioni, Marzo 2017;
12. www.quic.gov/report/index.htm
13. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione
14. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza
15. www.esqh.net
16. www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf
17. www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf
18. www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm;
19. www.cnoris.com;
20. www.isqua.org.au/
21. www.sivrq.com(SocietàItalianaperlaQualitàdell’AssistenzaSanitaria);



22. www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente;
23. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx;
24. <http://pathways.nice.org.uk/>
25. <http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n°htm>;
26. <http://www.slowmedicine.it/>;
27. <http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>