



Johnny&Mary^{sr}
Riabilitazione Psichiatrica

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024

Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa

JOHNNY & MARY S.R.L

Paliano (FR)

Unità di Risk Management

Responsabile Dott. Gianluca Mauro



INDICE

1. Contesto organizzativo	pag.3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag.8
3. Descrizione della posizione assicurativa	pag.10
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	pag.11
5. Matrice delle responsabilità	pag.12
6. Obiettivi e attività	pag.13
7. Modalità di diffusione del documento	pag.15
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	pag.16



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

DATI STRUTTURALI

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

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.

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

- Dott. Gianluca Mauro, Risk Manager e Direttore Sanitario;
- Sig. Enzo Prisco, Amministratore Unico;
- Avv. Marco Mampieri, Direttore Amministrativo.

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE

Ricoveri ordinari SRSR H24	3
Trasferimento utenti in PS	5
Consulenze specialistiche non psichiatriche	26

In data 10/3/2020, è stato istituito il comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA). All'atto di redazione del documento presente, esso risulta costituito da:

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

Il CCICA ha il compito di vigilare e di presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, nonché di supportare le attività e promuovere le best practice finalizzate al loro contenimento. Le attività consistono nella verifica di tutti i casi rilevabili dal sistema di sorveglianza dei Laboratori Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva, nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tubercolosi, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multi-resistenti.

Il CCICA si occupa, altresì, di diffondere la cultura sanitaria dell'utilizzo corretto degli antibiotici; in comunione con Antimicrobial Stewardship, si propone di applicare i criteri di evidence based medicine sull'utilizzo corretto e razionale dell'antibiotico-terapia al fine di ridurre il rischio di selezione e reificazione di ceppi batterici multi-resistenti.

Per quanto concerne il controllo delle infezioni e l'utilizzo di farmaci antibiotici, NON si è riscontrata la necessità di utilizzo della classe dei carbapenemi: tanto esclude la patogenesi di una resistenza batterica a quella classe di antibiotici.

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.

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

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 avevano già nello scorso anno 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 morfologia delle patologie trattate, 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 era già 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

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	



	OGNI UTENTE VIENE SOTTOPOSTO, ALL'ATTO DEL RICOVERO, ALLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA UTILE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCALA DI CONLEY		
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			



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 2023.

Nel 2023 si sono verificati i seguenti eventi:

-n.1 near miss, così configurato: in data 28/06, un ospite ha agito una reazione violenta nei riguardi dell'operatore in turno e degli oggetti a sua portata. Richiamato al rispetto delle regole, l'ospite ha dapprima opposto resistenza alle istruzioni ricevute, quindi lanciato due delle sedie di metallo, che si trovavano nel dehor della struttura, verso l'operatore in turno. Né l'ospite, né l'operatore hanno subito lesioni, non avendo gli oggetti lanciati colpito nessuno: l'evento, rubricato entro un quadro clinico psichiatrico di disabilità intellettiva di grado moderato-severo in personalità con tratti borderline- da cui dipendono oscillazioni affettive, impulsività, manipolazione ed atteggiamenti isterici rivendicativi- ha imposto il trasferimento dell'ospite. Si è provveduto a richiedere l'intervento del Servizio di Urgenza 118: trasferito in PS, l'utente è stato quindi ricoverato presso l'SPDC del Nosocomio di Colleferro che ha provveduto alla revisione della terapia farmacologica. Si è data pronta comunicazione all'AG competente per la misura restrittiva incombente sull'ospite. Ri accolto l'utente in Struttura, si è ritenuto, nel superiore interesse del paziente, richiedere al Servizio competente di rivederne il Progetto Terapeutico e valutarne la collocazione presso altra struttura. Sono stati deliberati, nelle more del trasferimento poi avvenuto nel Dicembre 2023, un'accresciuta frequenza dei colloqui psicologici ed una revisione della terapia farmacologica. L'evento è stato opportunamente segnalato attraverso la piattaforma regionale Sires.

-n.1 event sentinella così configurato: in data 31/7 uS, un ospite è caduto percorrendo la gradinata interna alla struttura. Simulando, a scopo dimostrativo, una crisi epilettica parziale, il paziente ha perso l'equilibrio e si è ferito mentre, dalla propria camera, stava dirigendosi verso lo spazio comune del salone. L'episodio si iscrive entro un quadro di malattia severo, eminentemente definito da sintomi psicotici positivi ad elevata ricorrenza e da un disturbo istrionico della personalità. Soccorso dal personale in servizio, il paziente-apparso immediatamente in buone condizioni generali- è stato tempestivamente affidato alle cure del servizio di urgenza 118. Trasferito presso il nosocomio di Colleferro, è stato medicato per la ferita lacero contusa riportata nella regione temporo-parietale destra e sottoposto agli accertamenti radiologici e clinici del caso. Ri accolto l'utente in SRSR, si è ritenuto indispensabile- per la sicurezza dell'ospite e per la buona riuscita di qualsivoglia intervento terapeutico - ridiscutere con il CCSSMM responsabile termini e modalità del lavoro da svolgere e sottoporre l'utente all'esame elettroencefalografico per meglio escludere la patogenesi epilettica dell'episodio. Ottenuto referto negativo di quell'esame, il paziente ha ricevuto prescrizione e somministrazione di una riveduta terapia farmacologica; sono stati intensificati i colloqui con la psicologa; si è ridimensionato il carico di impegni



prima destinato all'utente, rivedendone al ribasso il coinvolgimento nelle attività riabilitative più impegnative. L'evento è stato opportunamente segnalato attraverso la piattaforma regionale Sires.

-n.1 evento sentinella, così configurato: in data 2/10/2023, il medesimo ospite, nel contesto di una crisi isteriforme, ha simulato da seduto un opistotono, riportando un lieve trauma cranico. Il trasferimento in PS, anche in questo caso, si è tradotto in esami neuroradiologici ed approfondimenti clinici che hanno avuto esito negativo. L'evento è stato opportunamente segnalato attraverso la piattaforma regionale Sires.

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 al CC SS MM responsabile, 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". Gli eventi sono stati registrati tempestivamente nel sistema regionale di segnalazione Sires.

Eventi segnalati nel 2023 (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	1	Strutturali (0) Tecnologici (0) Organizzativi (100%) Procedure/Comunicazione (0)	Organizzative (100%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	0			
Eventi Sentinella	2			

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
2022	0	0	0
2023	0	0	0



3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

1.2 *Descrizione della posizione assicurativa*

Anno	Polizza	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
2023	380383819	Generali Ass.ni	1.714,50
2024	430705428	Generali Ass.ni	1.531,00



4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STATO DI ATTUAZIONE
A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	1 Organizzazione di corsi di formazione interni, atti a diffondere la cultura della sicurezza delle cure; 2 Adozione di procedure e specifici protocolli aziendali	Partecipazione del personale dipendente	Il 100% delle sessioni formative è stato completato nei tempi stabiliti: sono stati periodicamente discussi metodologia generale e modalità specifiche di approccio ai pazienti e gestione delle diverse patologie
B Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, a mezzo di interventi finalizzati alla crescita qualitativa delle prestazioni erogate ed al monitoraggio-prevenzione degli eventi avversi	1 identificazione ed adozione delle procedure atte a garantire il corretto utilizzo e la sicurezza delle terapie farmacologiche 2 identificazione ed adozione delle procedure atte a compilare ed utilizzare la cartella clinica come strumento unico delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure 3 identificazione ed adozione di percorsi psicoeducativi e psicoterapici utili a prevenire episodi di agitazione psicomotoria ed atti auto ed etero-lesionistici 4 identificazione ed adozione delle misure atte a prevenire la diffusione delle infezioni	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. La SRSR ha varato la revisione del proprio sistema di compilazione, conservazione ed archiviazione delle informazioni pertinenti la cartella clinica
C Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, con riferimento al rischio infettivo*	1 Organizzazione di corsi di formazione in materia di prevenzione e monitoraggio delle ICA e formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici 2 Redazione, pubblicazione, adozione, revisione e verifica del Piano di intervento regionale sull'Igiene delle mani, varando uno specifico piano di azione locale.	Partecipazione del personale in servizio	Il 100% delle sessioni formative è stato completato nei tempi stabiliti. L'Azienda ha svolto attività di redazione, pubblicazione, adozione, revisione e verifica del Piano di intervento regionale sull'Igiene delle mani, varando uno specifico piano di azione locale.



D Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa	1 Elaborazione, revisione, implementazione del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali, coproculture) delle colonizzazioni/infezioni da CPE. 2 Elaborazione, revisione, implementazione delle procedure finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo e monitoraggio della prescrizione di antibiotici	Verbale audit/riunione	Non si è resa necessaria la somministrazione di antibiotici della classe dei carbapenemi. Il board ha ricevuto dal Responsabile Infermieristico il report sulla somministrazione degli altri antibiotici
--	--	---------------------------	--

L'azienda si è quindi dotata dei seguenti strumenti:

- Mappatura dei rischi: analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione, processo interno di auditing, monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare della qualità della documentazione sanitaria, analisi dei Reclami, analisi del Contenzioso, analisi del fenomeno infortunistico;
- Revisione della modulistica specifica;
- Introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Il Direttore Sanitario, nonché l'equipe medica responsabile della struttura, si sono occupati della redazione del PARS, in collaborazione con le figure di riferimento (Risk Manager), la Direzione Amministrativa e la proprietà. Nel corso dell'anno solare, le suddette figure si renderanno responsabili del monitoraggio delle attività proposte al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, nel loro svolgimento e nella raccolta del feedback di adesione e gradimento. Il Risk Manager si occuperà delle necessarie azioni utili all'adozione di quanto previsto dal presente documento.

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	R	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		
					AZIONE	RISK MANAGER	RESP. FORMAZIONE
A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, anche in relazione al rischio infettivo*	1 Organizzazione di un corso di formazione interno sulla gestione del paziente destinato all'assunzione autonoma della terapia farmacologica 2 Adozione di procedure e specifici protocolli per la prevenzione degli errori di somministrazione dei farmaci 3 Formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	Partecipazione del personale in servizio <u>100%</u> <u>SESSIONI FORMATIVE</u> <u>ENTRO IL 31/12/2024</u>	SI	Risk Management			
					Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C
B Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, a mezzo di interventi finalizzati alla crescita qualitativa delle prestazioni erogate ed al monitoraggio-prevenzione degli eventi avversi	1 Revisione e implementazione delle procedure atte a compilare ed utilizzare la cartella clinica come strumento unico delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure; 2 Adozione di procedure informatizzate di comunicazione interna e trasmissione alle piattaforme istituzionali inerenti gli eventi avversi, i near miss e gli eventi sentinella 3 Monitoraggio delle consulenze specialistiche non psichiatriche, ivi inclusi i trasferimenti pro tempore degli utenti presso nosocomi e servizi di Emergenza Urgenza <u>ENTRO IL 31 /12/2024</u>	Monitoraggio trimestrale delle attività; Verifica e controllo, semestrale, in seno alle riunioni del board	SI	Direttore Sanitario, Coord. infermieristico, Psicologo Responsabile	Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C



OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STANDARD	FONTE	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
					AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
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 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;	1 Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su "sensibilizzazione igiene delle mani", monitoraggio permanente dell'adesione del personale. 2 Definizione delle procedure di igienizzazione delle mani nell'intorno dell'assistenza al paziente <u>ENTRO IL 31/12/2024</u>	1 Esecuzione questionario di autovalutazione 2 Consumo del disinfettante idroalcolico	1 SI 2 Quantificazione del consumo del disinfettante idroalcolico	Direttore Sanitario & Board	AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
					Definizione del piano aziendale	R	C
					Monitoraggio del piano aziendale	C	R
D Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).*	1 Organizzazione di corsi di formazione in materia di prevenzione e monitoraggio delle ICA 2 Redazione di report sulla prescrizione degli antibiotici ed esame annuale del report	Tracciabilità delle prescrizioni antibiotiche e dell'appropriatezza	SI	Direttore Sanitario & Board	AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA 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 crc@regione.lazio.it;
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura



8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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;
2. Barbiero Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione del contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;
3. Barresi Gustavo, Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione; Franco Angeli Editore, 2014;
4. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
5. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
6. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
7. 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”;
8. 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”.
9. 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”;
10. 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";
11. 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”;
12. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81, integrato con il Decreto legislativo n.106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
13. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
14. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
15. 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”;



16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
17. Determinazione Regionale n.G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
18. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
19. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
20. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza; LA Feltrinelli, 2009;
21. 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;
22. 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”;
23. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
24. 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;
25. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 -DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
26. 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;
27. 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;
28. 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;
29. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;
30. 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;
31. Rosenthal MM, Sutcliffe KMeds; Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;
32. 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”;
33. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
34. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001; BMJ Publications;



SITOGRAFIA

1. <http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>
2. <http://pathways.nice.org.uk/>
3. <http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n°htm>;
4. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx;
5. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione
6. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza
7. <http://www.slowmedicine.it/>;
8. www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente;
9. www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm;
10. www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf
11. www.cnoris.com;
12. www.esqh.net
13. www.isqua.org.au/
14. www.quic.gov/report/index.htm
15. www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf
16. www.sivrq.com(Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria);

Direttore Sanitario
Dott. Gianluca Mauro