PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2024

PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
00	25.02.2025	Aggiornamento Liee guida della Regione Campania

Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN	DSAN/AD	AD
Dr. Giuseppe Messalli	Dr. Giuseppe Messalli	D.ssa Foglietta Annamaria
CARDIOMED S.p.A. SOCIETA' UNIPERSONALE DIRETTORE SANITARIO Dott. Giuseppe Messalli NA 20046	CARDIOMED S.p.A. SOCIETA' UNIPERSONALE DIRETTORE SANITARIO Dott. Giuseppe Messalli NA 20046	CARDIOMED S.p.A. SOCIETA' UNIPERSONALE AMMINISTRATORE DELEGATO Annamaria Foglietta

SOMMARIO

PREMESSA 3

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO 3

2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 5

3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 6

4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 6

4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL 2024 6

4.2 . ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2024 7

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 8

6 OBIETTIVI 10

6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2025 11

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 14

IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 14

7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 14

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS 16

9 RIFERIMENTI NORMATIVI 17

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 18

PREMESSA

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2024 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.
L' obiettivo è quello di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il piano si applica a CARDIOMED S.p.A. Casa di Cura Trusso che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

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

La Casa di Cura Trusso – Cardiomed S.p.A. dispone di n. **137** posti letto autorizzati, di cui **100** accreditati e contrattualizzati con il SSN.
Come da decreto riportare il n. di Decreto e tutte le branche in cui opera la Struttura.

DATI STRUTTURALI	
Struttura	CARDIOMED S.P.A. CASA DI CURA TRUSSO
Mq. Complessivi	8.000

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

ORGANIZZAZIONE[1]			
Risorse umane al 31/12/2024	N° 112	Ruolo sanitario: n. 94 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: n. 18 Co.co.co n. 6	
Reparti/servizi	**N° Posti**	**Tipologia Assistenziale**	
ACUTI			
CHIRURGIA GENERALE	15	SSN	
MEDICINA GENERALE	20	SSN	
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	10	SSN	
GINECOLOGIA	10	SSN	
UROLOGIA	5	SSN	
LUNGODEGENZA	40	SSN	
AMBULATORIALE			
ANAL.CLINICHE	Spoke/ Diagnostica Medica Malzoni (Av)	SSN	PRIVATO/SSN
RADIODIAGNOSTICA	1	SSN	PRIVATO/SSN
CARDIOLOGIA	1	SSN	PRIVATO/SSN

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2024			
SETTING	**PRESTAZIONI RICOVERI PACC**	**PRESTAZIONI RICOVERI ORDINARI**	
Chirurgia	1502	882	
Urologia	391	3949	
Ortopedia	225	1492	
Ginecologia	107	82	
Medicina	1001	2674	

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2024			
SETTING	PRESTAZIONI		
Radiologia	2560		
Cardiologia	4775		

2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa[2] e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2024 sono state: n. 3

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (20%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Strutturali (10%) Organizzative (60%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	3(100%)	(100%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2021

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2020		1	€ 200.000
2021		3	€ 359.722
2022		3	€ 325.231
2023	5	0	€ 7.600
2024	5	1	€ 3.000,00
Totale	**10**	**8**	**€ 895,553**

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

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

3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2024

4.1 Resoconto delle attività del 2024

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Tutti i coordinatori infermieristici e medici sono stati formati in merito alla corretta compilazione della doc. sanitaria (compilazione del consenso informato, remissione della procedura di gestione delle cadute in quanto evento avverso più frequente nella struttura)**
Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico –Corretta compilazione della check list		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	**Formazione ai coordinatori infermieristici e medici sulla corretta compilazione della chek list sicurezza operatoria)**

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
*Attività (2)*Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC;		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Esaminare 15 cartelle 100% conformi ,	**SI**	Revisione del modulo di chiusura della cartella cartella clinica (mod. d.san 23 rev 02 del 29.09.23) Attività di audit delle cartelle cliniche per valutare la conformità di tutta la documentazione presente all'interno della cartella clinica.
attività (3) promozione ed esecuzione di attività di auting clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio		

attaverso audit interni		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Realizzazione Conseguimento certificazione ISO 9001:2015	NO	In fase di implementazione
OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura		
Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali		
INDICATORE	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Almeno uno opuscolo	SI	Tutte le raccomandazione ministeriali sono state recepite mediante procedure interne e condivise con tutto il personale

4.2 . Attività rischio infettivo 2024

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	Formazione ai coordinatori infermieristici e medici sulla gestione del rischio infettivo mediante l'emissione e condivisione di procedure. Incontro con l'infettivologo dr. Michele Imparato e istituzione del nuovo comitato infezioni ospedaliere (CIO).
Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici		
Partecipazione ai corsi	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	**SI**	In data 19.10.2023 è stato redatto il nuovo prontuario farmaceutico condiviso con tutti i medici e con l'addetta al deposito farmaceutico.

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

ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di Cardiomed S.p.A. – Casa di Cura Trusso		
Indicatore	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E	**SI**	Condivisione della procedura sul corretto lavaggio delle mani, presente anche sulla carta dei servizi. Dispender igienizzanti presente in tutti gli spazi comuni, nelle medicherie e negli studi medici.
OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
ATTIVITÀ (4)- **Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**		
Archiviazione	**Obiettivo Raggiunto**	**Stato di attuazione**
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA	**n.a.**	**A seguito di indagini effettuate dal team di Epidemiologia si attesta che non sono emersi casi di infezioni ospedaliere nell'anno 2024**

Fra le attività attinenti al rischio clinico attuate nell'anno 2024 una delle più importanti è la costituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) in attuazione a quanto previsto dai Decreti attuativi della Legge Gelli Bianco (L. 24 dell'8 Marzo 2017). Il CVS è un organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che si occupa di:

- valutare i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;

- individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro, favorendo i contatti con i legali di controparte per una migliore gestione dei sinistri gestiti «in proprio»;

- in caso di regime assicurativo, valuta l'impatto economico dei rischi, anche al fine di collocare il sinistro "sopra" o "sotto" il limite della franchigia, secondo quanto previsto dal contratto di polizza, e si interfaccia con la Compagnia di Assicurazioni per una migliore gestione congiunta dei sinistri denunciati. E'da rilevare che anche le strutture assicurate hanno di massima sempre una quota di franchigia, al fine di rendere sostenibile il premio assicurativo, alleggerendolo di una parte dell'onere risarcitorio. Il comitato valutazione

sinistri gestisce inoltre, in tutte le sue fasi, le richieste risarcitorie di valore rientrante nella franchigia, intrattenendo contatti con la controparte, decidendo le «strategie» da adottare ed esaminando i profili sanitari e legali, tenendo anche conto delle posizioni assunte dalla controparte;

- valuta le tipologie e l'entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali, anche ai fini della comunicazione di cui dell'articolo 13 della legge 24/2017, necessarie per un'analisi dei sinistri, in un'ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;

- contribuisce ad individuare le aree di criticità che, dal punto di vista organizzativo e tecnico-professionale, sono suscettibili a dar vita a contenzioso, suggerendo le opportune azioni correttive, con il coinvolgimento dei professionisti chiamati in causa. Da questo punto di vista, uno strumento imprescindibile di monitoraggio della qualità e sicurezza delle cure è fornito dal Programma Nazionale Esiti, che va utilizzato sistematicamente per audit nel caso in cui, dal raffronto dei dati con le medie regionali e nazionali, emergano criticità;

- concorre alla definizione delle priorità di intervento e verifica i risultati conseguiti;

- contribuisce all'elaborazione dei dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso, che vengono trasmessi dalle strutture sanitarie e sociosanitarie annualmente al Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente regionale, per la successiva trasmissione, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Le attività espletate dal comitato attraverso l'analisi dei contenziosi costruiscono una sorta di mappa degli errori sui quali innestare le azioni correttive, specie in caso di rischi organizzativi (si spiega così la presenza in seno al comitato di un componente della direzione sanitaria), oppure nelle ipotesi di rischi per responsabilità professionale, per i quali è necessario uno stretto collegamento tra risk manager e medicina legale, chiamata sempre più ad assicurare un ruolo preventivo e interdittivo degli errori già verificatisi, proprio a partire dall'analisi degli stessi con i clinici dell'area di competenza. Il Comitato Valutazione Sinistri, proprio perché chiamato all'analisi dell'evento avverso, che ha esortato una richiesta risarcitoria, è al centro di un movimento circolare, al quale arriva l'errore e dal quale partono le proposte di azioni correttive.

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano

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

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato

6 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2025

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. Indagini di prevalenza in tutti i reparti da parte di epidemiologi per valutare se si sono verificati casi di infezioni correlati all'assistenza e le relative modalità di gestione;
3. 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
4. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1 Le Attività per il 2025

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

Indicatore: Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso " Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100
Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

OBIETTIVO B: ***MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE***

ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza

Indicatore: verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella
Standard: su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

ATTIVITA' (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture

Indicatore: **Ottenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015**	
Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-	
Fonte: DSAN	*Scadenza: 31/12/2025*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITA' 5
Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere

Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo	
Standard: formato pieghevole	
Fonte: RSQ-Marketing-DSAN	*Scadenza: 31/12/2025*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	*RMDSAN*	*RSQ*	*FIGURE DI SUPPORTO*
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

OBIETTIVO D: COSTITUZIONE DELLA CHECK LIST PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

ATTIVITA' 5 : Piano di incontri del CVS per la definizione dei contenuti della check list delle ICA

Indicatore: Riduzione delle ICA nella anno 2025	
Standard: Riduzione delle infezioni rispetto al 2024	
Fonte: CVS-CIO	*Scadenza: 31/12/2025*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	*DSAN*	*RSQ*	*FIGURE DI SUPPORTO*
Proposta della check	R	C	I

Approvazione della check	R	C	I
Distribuzione check nei reparti	C	R	I
Utilizzo check da parte degli operatori	R	C	I

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

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

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
B. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero batteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

7.1 Le attività rischio infettivo

OBIETTIVO A: **Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo**			
ATTIVITÀ (1) **- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**			
Indicatore un corso di formazione per l prevenzione e il monitoraggio delle ICA			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN		***Scadenza: 31/12/2025***	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**RM/DSAN**	**AREA FROMAZIONE**	**CCICA**
Progettazione dei contenuti dei	R	I	C

corsi			
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

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

Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti

Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

OBIETTIVO B: **Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di Cardiomed S.p.A. Casa di Cura Trusso

Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E

Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/24

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

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

Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA e nei reparti e nel blocco operatorio		
***Standard:** Rilevazione mensile dei dati*		
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità	***Scadenza:*** 31/12/2025	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	CCICA	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I

***ATTIVITÀ 5)*-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobical stewardship).**

Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza		
Standard: 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario		
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità	***Scadenza:*** 31/12/2025	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- Pubblicazione PARS nel sito internet di Cardiomed S.p.A. – Casa di Cura Trusso
- Condivisione del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25/02/2024;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
4. D.P.R. 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
5. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
6. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
7. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
9. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
10. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
11. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
12. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento

13. 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
14. 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
15. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
16. 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
17. 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"
18. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
19. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"
20. 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"

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza .
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008
- "Safe Surgery Save Live