



Istituto Romano di San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4
tel. 06/51858205 – fax 06/5120986

DETERMINA DIRETTORIALE N. 122 del 25 Febbraio 2022

OGGETTO: Approvazione del piano annuale del Rischio Sanitario (PARS 2022).

Ufficio / Direzione proponente: Direzione dell' Assistenza

firma [firma] addì, 24 / 02 / 2022

Estensore dell'atto: sig. Marco Milani

Il Responsabile del Procedimento sotto riportato, a seguito dell'istruttoria, con la sottoscrizione del presente atto attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile del Procedimento: Dott. Carlo Fiore

firma [firma] addì, 24 / 02 / 2022

Il Responsabile dell'Ufficio Bilancio con la firma del presente atto attesta, per la sola eventuale disponibilità dei fondi, che i costi di cui al presente atto trovano copertura nel budget economico di previsione

- non comporta impegno di spesa
- da impegnare al conto _____
- già imputata con determina _____

Il Responsabile dell'Ufficio Bilancio: Dott.ssa Roberta Valli

firma [firma] addì, 25 / 02 / 2022



Istituto Romano di San Michele

Il Direttore

VISTA la deliberazione della Regione Lazio n. 416 del 7 luglio 2020 - pubblicata sul BURL n.87 del 9 luglio 2020 - con la quale è stata disposta la fusione per incorporazione delle II.PP.AA.BB. Istituto Romano di San Michele e Opera Pia Nicola Calestrini e la contestuale trasformazione in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (ASP) denominata Istituto Romano di San Michele;

RICHIAMATO il Decreto del Commissario Straordinario n. 12 del 17 luglio 2020, avente ad oggetto la *“Presa d’atto della Deliberazione della Giunta Regionale n. 416 del 7 luglio 2020 “Fusione per incorporazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza Istituto Romano di San Michele e l’Opera Pia Nicola Calestrini, contestuale trasformazione nell’Azienda di Servizi alla Persona (ASP) denominata “Istituto Romano di San Michele” con sede in Roma e approvazione del relativo Statuto ai sensi della legge regionale 22 febbraio 2019, n. 2 e dell’articolo 4 del regolamento regionale 9 agosto 2019, n. 17”;*

VISTO il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00199 del 26 novembre 2020 - pubblicato sul BURL n.146 del 1° dicembre 2020 - con il quale è stato nominato, per la durata di n. 5 (cinque) anni decorrenti dalla data di approvazione dello stesso atto, il Consiglio di Amministrazione dell’ASP Istituto Romano di San Michele, così come integrato dal decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00090 del 26 aprile 2021 e dal decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00115 del 31 maggio 2021;

PRESO ATTO dell’insediamento del Consiglio di Amministrazione dell’ASP Istituto Romano di San Michele a seguito di prima riunione tenutasi in data 04.12.2020;

PRESO ATTO, altresì, della Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 19 del 30.03.2021 con la quale è stato affidato l’incarico triennale di Direttore, con decorrenza dal 1° aprile 2021, al Dott. Fabio Liberati;

VISTA la deliberazione del C.d.A. n. 48/2021, con la quale, a seguito di collocamento in quiescenza dal 01 settembre 2021 del Dott. Carlo Fiore, Dirigente dei Servizi Socio Assistenziali, veniva allo stesso affidato l’incarico di collaborazione a titolo gratuito per il periodo 01.09-31.12.2021, prorogato fino al 31.05.2022 con Delibera n. 76/2021;

VISTA la nota prot. n. 6681/2021 con la quale la dott.ssa Silvia Genovese, revisore dei conti dell’Ente, confermava che *“il contratto stipulato con il dirigente a riposo, rispettando il principio di gratuità della prestazione e di durata (limite massimo di un anno, nel caso inferiore a detto limite) consente all’interessato di adottare tutti gli atti inerenti alle funzioni assegnate”;*

ATTESO

- che l’art. 3 bis del Decreto Legge "Balduzzi" del 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, in materia di gestione e monitoraggio dei rischi sanitari prevede che "al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività le aziende sanitarie, nell’ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a



carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi;

- che la legge 28 dicembre 2015, n. 208, al comma 539 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016), dispone che *"tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Risk Management)"*;

- che la Regione Lazio, con DCA 8/2011 in materia di requisiti organizzativi generali delle strutture sanitarie stabilisce che *"presso ogni struttura che eroga prestazioni sanitarie deve, altresì, essere attivato un programma per la gestione del rischio clinico, che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi"*;

VISTO l'art 2, comma 5 della legge n. 24/2017 che stabilisce che le Aziende predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto e che detta relazione sia pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria;

VISTO, altresì, l'art 4, comma 3, della medesima legge che prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio;

DATO ATTO che l'ASP, al fine di dare evidenza alla rilevanza strategica della prevenzione del Rischio Clinico, nel nuovo assetto aziendale:

- con Determina Direttoriale n. 39 del 26 gennaio 2022 conferiva in via d'urgenza alla Dott.ssa Renata Petroni l'incarico professionale di supporto alle attività finalizzate all'accreditamento della RSA dell'Ente con funzioni di Risk Manager della Casa di Riposo e della RSA;
- con disposizione di servizio n. 1 del 2/2/2022 l'Ente procedeva alla costituzione del Comitato Infezioni Ospedaliera e del Comitato di Gestione del Rischio;

DATO ATTO, altresì, che le attività del Risk Manager nell'organizzazione dell'Area Assistenza hanno la finalità di individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico orientato alla sicurezza dei pazienti ospiti, operatori e ambiente, che contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;

RICHIAMATO l'art.1 della legge n 24 dell'8/03/2017 (legge Gelli) che dispone:

- la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività;
- la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative;



- alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale;

PRESO ATTO del Decreto del Commissario ad Acta n. U00328 del 4/11/2016, con il quale sono state fornite le Linee Guida per l'elaborazione del piano annuale di Risk Management (PARM) 2017 ed in particolare si è disposto che "relativamente al problema delle infezioni correlate all'assistenza, i CC-ICA delle Aziende ed Enti del SSR, sotto la responsabilità dei propri Presidenti, saranno tenuti ad elaborare un "Piano Annuale per le ICA" sulla base delle indicazioni fornite dal CR-CCICA che includeranno gli obiettivi previsti al punto 7.3 del Piano Regionale per la Prevenzione. Il suddetto "Piano Annuale per le ICA", una volta adottato, andrà ad integrare il PARM";

ATTESO

- che presso l'Area della Rete Ospedaliera e Risk Management della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio è stato istituito, con Determinazione n. 16829 del 06/12/2017 ai sensi della Legge 24/2017, il "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC);

- che il Centro Regionale per il Rischio Clinico ha prodotto una revisione delle Linee Guida per l'adozione del PARM da parte delle Aziende Sanitarie, recepita nella determinazione G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" ai sensi della Legge 24/17;

PRESO ATTO

- della ulteriore revisione delle Linee Guida per l'adozione del PARM da parte delle Aziende Sanitarie, a cura del Centro Regionale per il Rischio clinico, adottata giusta Determinazione G0016 del 11/01/2019 avente ad oggetto "Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019;

- del DCA U00400 del 29/10/2018 avente ad oggetto: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";

- della Determinazione Regionale G00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", Registro Ufficiale U. 0098868 del 01/02/2022 acquisito da questa Azienda con Prot. n. 819 del 03/02/2022, che integra, in un unico documento, i precedenti Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA);

ATTESO che il Risk Manager ha elaborato un Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS 2022), rif. prot. 1500/2022, che descrive sinteticamente le azioni di miglioramento per gli obiettivi strategici 2022, tenendo conto delle direttive regionali in materia nonché del nuovo contesto aziendale di ASP;



Istituto Romano di San Michele

RITENUTO pertanto opportuno procedere all'approvazione del Piano Annuale sul Rischio Sanitario (PARS) che allegato alla presente Determina Direttoriale ne costituisce parte integrante e sostanziale;

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata dal responsabile del procedimento, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge n. 20/1994 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge n. 241/1990 e s.m.i.;

VISTA la nota del 15 febbraio 2022 prot. 0001169 dell'U.O.C. Valutazione Strutture Accreditate;

VISTA la Legge Regionale 22 febbraio 2019, n. 2;

VISTO lo Statuto dell'ente approvato con Deliberazione della Regione Lazio del 07 luglio 2020, n. 416;

per quanto in premessa specificato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

DETERMINA

- 1) di approvare il Piano Annuale sul Rischio Sanitario (PARS 2022) allegato alla presente Determina Direttoriale che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) di disporre la pubblicazione del PARS 2022 sul sito web dell'Ente;
- 3) la presente Determina non comporta nuovi oneri per l'Azienda.



Il Direttore
Dott. Fabio Liberati



Istituto Romano di San Michele

PUBBLICAZIONE

Determina n. 122 del 25.02.2022

Si attesta che la Determina n. 122 del 25.02.2022
ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 della L.18.06.2009 n. 69 e ss.mm.ii. è stata pubblicata
sul sito istituzionale dell'Istituto Romano di San Michele in data 25.02.2022

Il Direttore
(Dott. Fabio Liberati)



Istituto Romano di San Michele

**PIANO ANNUALE
SUL RISCHIO
SANITARIO
(PARS)
2022**

CONTESTO ORGANIZZATIVO

ISTITUTO ROMANO SAN MICHELE		
DATI STRUTTURALI		
ASL COMPETENTE		RM2
POSTI LETTO	40	
DATI DI ATTIVITA'		
GIORNATE DI DEGENZA	11.008 giornate di degenza; Degenza media 207,69	

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti negli assistiti presso strutture residenziali territoriali. Il trend epidemiologico delle ICA osservato è attribuibile a diversi fattori: un aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, l'aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, gli spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Studi recenti hanno però dimostrato come la quota prevenibile sia molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa. I determinanti delle infezioni correlate all'assistenza sono molteplici. Tra quelli modificabili vi sono: a) pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostrate efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare nell'applicazione delle precauzioni standard (igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili) e delle precauzioni specifiche per malattia infettiva, nell'assistenza a pazienti con presidi invasivi, nell'utilizzo non appropriato di antibiotici; b) carenze di risorse (carenze di risorse umane – un basso rapporto pazienti/personale è stato

associato ad un aumento del rischio di infezioni – o carenze di risorse tecnologiche – ad esempio, la non disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni); c) carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche (ad esempio nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da Legionella spp. o Aspergillus spp.).

Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

L'Istituto Romano San Michele opera sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere tramite un Comitato Infezioni, che, insieme al Comitato di Gestione del Rischio, esegue una dettagliata analisi annuale delle infezioni correlate all'assistenza che si verificano durante la degenza.

I dati raccolti vengono analizzati in maniera critica per estrapolare le informazioni riguardo alle azioni di miglioramento da intraprendere.

Il Comitato infezioni è stato costituito a Gennaio 2022. La decisione di costituire il comitato deriva dall'osservazione dei dati sulle ICA raccolti nel 2021; il numero di infezioni viene considerato troppo esiguo, pertanto, per implementare la raccolta dei dati ed eseguire corsi di aggiornamento, nonché apportare azioni di miglioramento, Il Medico Responsabile, insieme al Risk Manager, ha ritenuto necessaria la costituzione di uno specifico comitato che svolga indipendentemente le azioni suddette.

Azioni di miglioramento per il 2022:

- aggiornamento e diffusione della procedura sull'igiene delle mani e sulla cateterizzazione vescicale
- organizzazione di un audit interno per la formazione del personale sanitario su definizione, epidemiologia, diffusione e prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Programma di buon uso degli antibiotici:

Il CIO, insieme al CGR, si impegnano a diffondere e ad applicare all'interno della Struttura, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, adattandolo a quelle che sono le caratteristiche della struttura nonché la tipologia di pazienti.

In particolare verranno eseguite le seguenti azioni di monitoraggio e controllo:

- valutazione del numero di infezioni da batteri multiresistenti;
- monitoraggio della terapia antibiotica eseguita in caso di ICA;
- monitoraggio delle infezioni da alert organism; in caso di presenza di tali infezioni verrà eseguita un Significant event audit per valutare la modalità di contaminazione;
- stesura di procedure apposite per il monitoraggio ed il controllo delle ICA da clostridium difficile e da Acynetobacter Baumanii che attualmente rappresentano i principali microorganismi correlati ad un aggravamento delle condizioni cliniche dell'assistito e che richiedono le maggiori misure di contrasto e controllo nel paziente anziano.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il Comitato di Gestione del Rischio esegue una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Detta relazione viene pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.

Tipo di eventi	N e % sul totale degli eventi	% di cadute all'interno della categoria evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento
Eventi Avversi senza danno	26	26 (49)%	Demenza (80%) Distrazione del paziente	Maggiore controllo dei pazienti con demenza grave Audit sulle cadute con introduzione eventuale di nuove scale di valutazione per il rischio di cadute
Eventi sentinella	0			

Il CGR è stato fondato a Gennaio del 2022, a seguito dell'osservazione di una scarsa rilevazione di eventi di incident reporting all'interno della struttura.

La composizione del Comitato di Gestione del Rischio è la seguente:

- Risk Manager;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione Infermieristica;
- Responsabile della Qualità;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Rappresentanti di altri comitati.

Il CGR si occuperà di eseguire le seguenti azioni:

- analisi e la valutazione della "fotografia" iniziale dei processi dell'Azienda;
- analisi e la valutazione dei processi coinvolti in relazione alla classe di rischio di riferimento e dei relativi rischi;

- l'individuazione di opportune azioni per l'abbattimento dei rischi identificati e dei relativi responsabili nel flusso operativo;
- gestione delle emergenze e delle fasi successive all'emergenza (sanitaria, territoriale o gestionale), limitatamente alle proprie responsabilità e competenze.

Formazione, addestramento e sensibilizzazione del personale: Il personale coinvolto nelle attività relative al sistema di gestione del rischio sarà opportunamente addestrato e sensibilizzato circa l'importanza del proprio ruolo per quanto riguarda la corretta gestione del rischio. Sono previsti i seguenti aggiornamenti:

-un corso base sulla gestione del rischio che dia la metodologie e il glossario comune a tutti gli operatori;

-la partecipazione agli audit per la gestione/prevenzione del rischio;

- Sulla base della valutazione complessiva del rischio per quella specifica attività ed all'interno della struttura, saranno identificate, attuate, monitorate, verificate tutte le metodologie di intervento che consentono di ridurre il rischio individuato ad un livello ritenuto consono ai parametri di accettabilità condivisi per la specifica tecnica di riferimento. L'attività verrà opportunamente documentata.

-Addestramento per l'utilizzo corretto di Non Conformità, Eventi Sentinella, Eventi Avversi, Near Miss, Audit Interni.

Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

In tabella n 1 è possibile evidenziare i dati relativi ai risarcimenti che l'Istituto Romano San Michele ha erogato nel triennio 2019-2021

Anno	N sinistri aperti	N sinistri Liquidati	Risarcimenti erogati
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
Totale	0	0	0

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Si riassume sinteticamente nella tabella 2 la posizione assicurativa dell'Istituto Romano San Michele.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio
2022	31.12.2022	Unipolsai	22445

RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nel 2021 la rilevazione degli eventi avversi e delle infezioni correlate all'assistenza è stata esigua; proprio per migliorare la rilevazione, aumentare la qualità dell'assistenza ed ottenere un adeguato sistema di sorveglianza nel 2022 sono state già attuate importanti azioni di miglioramento:

-è stato costituito il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere): il CIO nasce come organismo di sorveglianza; si occuperà della rilevazione delle infezioni, della divulgazione delle informazioni relative alle infezioni stesse (presenza di alert, organismi, infezioni ripetute, infezioni correlate all'utilizzo prolungato di catetere vescicale), della formazione sotto forma di audit del personale sanitario (infermieri professionali ed OSS) riguardo al riconoscimento delle infezioni ospedaliere e dell'implementazione delle principali procedure finalizzate alla riduzione delle infezioni stesse

-è stata istituita la figura del Risk Manager in conformità con la legge Gelli 8 marzo 2017, n.24

-è stato costituito il Comitato di Gestione del Rischio (CGR) formato da diverse figure professionali. Il CGR si occuperà della gestione del Rischio Sanitario a stretto contatto con il CIO, della stesura di tutte le procedure utili ai fini della valutazione e segnalazione degli incident reporting, della gestione di tali segnalazioni e della formazione del personale sotto forma di audit, come descritto in precedenza.

Il CIO ed il CGR si riuniranno per il 2022 con cadenza trimestrale per valutare l'avanzamento ed il livello di gravità delle segnalazioni che verranno effettuate.

Obiettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1	Istituzione del Comitato Infezioni ospedaliere	Aumentare il numero di segnalazioni delle infezioni ospedaliere
Attività 2	Istituzione del Comitato di Gestione del Rischio	Aumentare il numero di segnalazioni di incident reporting
Attività 3		Audit di formazione interna su risk management (formazione dei facilitatori)

Attività 4		Audit di formazione interna per il riconoscimento e la segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza
------------	--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Come descritto nel *DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO* la realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Direttore Generale;
- Presidente del CIO: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifico sul rischio infettivo.
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Generale: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente.

Azione	Presidente CIO	RM	Responsabile UO affari legali/generali	Direttore Generale	DS
Redazione del PAICA	R	C		I	I
Redazione del PARS	C	R		I	I
Piano sulla sinistrosità, organizzazione delle risorse e direttive specifiche	I	I	R	I	I
Deliberazione del PARS	I	I	I	C	I

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

OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Obiettivi

Obiettivi strategici del presente PARS sono:

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

Attività

In questa sezione vengono elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi:

A) .Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo: verranno organizzate le attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA; il CIO si impegna ad eseguire audit di formazione sul personale sui seguenti argomenti:

-definizione delle ICA, riconoscimento e segnalazione, individuazione delle cause, monitoraggio dei batteri multiresistenti e degli alert organism;

-Audit sul corretto uso degli antibiotici.

B) revisione della procedura sull'igiene delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;

C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale tramite il monitoraggio delle seguenti procedure:

- Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert;

- Elaborazione di report sulla di iffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;

4- Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:

- a. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile;
- b. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;

D) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

1. Presentazione al Direttore Generale;
2. Pubblicazione sul sito dell'IRSM;
3. Diffusione del documento al personale sanitario dell'IRSM;

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) del 25/01/2022
- Manuale di formazione per il Governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf

IL RISK MANAGER

Dott.ssa Renata Petroni