



**Johnny&Mary** S.r.l.  
Riabilitazione Psichiatrica

# **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025**

Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa

**JOHNNY & MARY S.R.L**

**Paliano (FR)**

**Unità di Risk Management**

**Responsabile Dott. Gianluca Mauro**



## INDICE

<b>1. Contesto organizzativo</b>	pag.3
<b>2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</b>	pag.8
<b>3. Descrizione della posizione assicurativa</b>	pag.9
<b>4. Resoconto delle attività del Piano precedente</b>	pag.10
<b>5. Matrice delle responsabilità</b>	pag.12
<b>6. Obiettivi e attività</b>	pag.13
<b>7. Modalità di diffusione del documento</b>	pag.15
<b>8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi</b>	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, e successive integrazioni.

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

<b>Posti letto ordinari</b> <b>SRSR H24</b>	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, 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 Responsabile Sanitario;
- Sig. Enzo Prisco, Amministratore Unico;
- Dott.ssa Daniela Riscolo Psicologa Psicoterapeuta;
- Dott.ssa Monica Brodosi, Responsabile Infermieristico;
- Avv. Marco Mampieri, Direttore Amministrativo.

**DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE**

<b>Ricoveri ordinari SRSR H24</b>	3
<b>Trasferimento utenti in PS</b>	3
<b>Consulenze specialistiche non psichiatriche</b>	23

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 Monica Brodosi, Responsabile 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

-PIANO DI AUTOCONTROLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA PNEUMOPHILA, Rev. 00 del 26/01/23

#### 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. EVENTUALE CONVOCAZIONE DI RIUNIONI STRAORDINARIE PER DEFINIRE MISURE CORRETTIVE ANCHE IN OTTICA PREVENTIVA IN
CADUTA DI UN OSPITE	I LUOGHI DI DEGENZA VENGONO	AMMINISTRATORE	



	GARANTITI PRIVI DI INGOMBRI E/O OSTACOLI; LE SCALE PRESENTANO LA BANDA ANTISCIVOLO ED UN IDONEO CORRIMANO OGNI UTENTE VIENE SOTTOPOSTO, ALL'ATTO DEL RICOVERO, ALLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA UTILE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCALA DI CONLEY		OCCASIONE DI EVENTI SENTINELLA O NEAR MISS.
INTOSSICAZIONE DA FARMACI	LA TERAPIA FARMACOLOGICA VERRA' SOMMINISTRATA ESCLUSIVAMENTE DA PERSONALE ESPERTO E QUALIFICATO ED IN ACCORDO CON IL RESPONSABILE SANITARIO	RESPONSABILE 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 2024.

*Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)*

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(B)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (0) Tecnologici (0) Organizzativi (100%) Procedure/Comunicazione (0)	Organizzative (100%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	0			
Eventi Sentinella	1			

Nel 2024 si sono verificati i seguenti eventi:

-n.1 evento sentinella, così configurato: in data 1/01/2024, un ospite è caduto sulla pubblica via, percorrendo la strada che collega una struttura all'altra, dopo aver con gli altri ospiti condiviso il pranzo di capodanno. Il trasferimento in PS, differito per resistenza dell'ospite, si è tradotto in un ricovero in SPDC, durante il quale gli esami radiologici hanno evidenziato una frattura in arto superiore sinistro, che i colleghi ortopedici hanno ritenuto non trattare chirurgicamente ma conservativamente. 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 dell'episodio di cui sopra ha condotto a processi di indagine interna finalizzati alla individuazione delle cause specifiche, alla segnalazione degli eventi al CC SS MM responsabile ed alla revisione del progetto Terapeutico Individualizzato. 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".





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
2024	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
2025	5046745DX	Sara Assicurazioni	3.450,00



## 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

*Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente*

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STATO DI ATTUAZIONE
<b>A</b> Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	<b>1</b> Organizzazione di un corso di formazione interno sulla gestione del paziente destinato all'assunzione autonoma della terapia farmacologica <b>2</b> Adozione di procedure e specifici protocolli per la prevenzione degli errori di somministrazione dei farmaci <b>3</b> Formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	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>B</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	<b>1</b> Revisione e implementazione delle procedure atte a compilare ed utilizzare la cartella clinica come strumento unico delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure; <b>2</b> Adozione di procedure informatizzate di comunicazione interna e trasmissione alle piattaforme istituzionali inerenti gli eventi avversi, i near miss e gli eventi sentinella <b>3</b> Monitoraggio delle consulenze specialistiche non psichiatriche, ivi inclusi i trasferimenti pro tempore degli utenti presso nosocomi e servizi di Emergenza Urgenza	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. Ogni evento significativo è stato comunicato ai CCSSMM responsabili per i singoli progetti di cura individualizzati, è stato oggetto di riunioni d'equipe, è stato segnalato sulla piattaforma Si.res
<b>C</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	<b>1</b> Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su "sensibilizzazione igiene delle mani", monitoraggio permanente dell'adesione del personale. <b>2</b> Definizione delle procedure di igienizzazione delle mani nell'intorno dell'assistenza al paziente	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.



ne assicurati il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;			E' stato monitorato il consumo su base annua dei detersivi e dei gel igienizzanti
<b>D</b> Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).*	<b>1</b> Organizzazione di corsi di formazione in materia di prevenzione e monitoraggio delle ICA <b>2</b> Redazione di report sulla prescrizione degli antibiotici ed esame annuale del report	Verbale audit/riunione	Non si è resa necessaria la somministrazione di antibiotici della classe dei carbapenemi. Il Risk Manager 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	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	-
Adozione PARS	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	-
Monitoraggio PARS	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>

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



## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STANDARD	FONTE	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
					AZIONE	RISK MANAGER	RESP. FORMAZIONE
<b>A</b>  Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, anche in relazione al rischio infettivo  Monitoraggio del rischio di sepsi  Prevenzione del rischio di contaminazione delle acque con Legionella Pneumophila	<b>1</b> Definizione di nuovi paradigmi in pazienti psichiatrici con storia di uso di sostanze  <b>2</b> Organizzazione di un gruppo a frequenza regolare per la formazione riabilitativa dei pazienti  <b>3</b> Formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici  <b>4</b> Controllo delle infezioni in rete con MMG e PS  <b>5</b> Piano di autocontrollo per la prevenzione delle infezioni da Legionella pneumophila attivo dal 26 gennaio 2023, con ultimo rapporto di prova n.654/2025.	<b>1</b> Partecipazione del personale in servizio  <b>2</b> Rendicontazione periodica delle attività gruppali  <b>3-4</b> Partecipazione del personale in servizio  <b>5</b> Attuazione e verifiche periodiche del Piano di autocontrollo per la prevenzione delle infezioni da Legionella pneumophila	SI	Risk Management			
					Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C
<b>B</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.	<b>1</b> Definizione degli specifici fattori di fragilità e vulnerabilità del paziente anziano con storia psichiatrica  <b>2</b> Adozione di procedure informatizzate di comunicazione interna e trasmissione alle piattaforme istituzionali inerenti gli eventi avversi, i near miss e gli eventi sentinella  <b>3</b> Monitoraggio delle consulenze specialistiche non psichiatriche, ivi inclusi i trasferimenti pro tempore degli utenti presso nosocomi e servizi di Emergenza Urgenza	<b>1-2-3</b> Monitoraggio trimestrale delle attività;  Verifica e controllo, semestrale, in seno alle riunioni del board  <b>4</b> Reporting periodico di aggiornamento con i CCSSMM responsabili per i progetti terapeutici individualizzati	SI	Direttore Sanitario,  Coord. infermieristico,  Psicologo  Responsabile	Progettazione del corso	R	C
					Realizzazione del corso	R	C



Prevenzione e gestione delle ferite chirurgiche	<p><b>4</b> Implementazione delle reti assistenziali: il paziente psichiatrico dopo la Legge 180/78</p> <p><b>5</b> Controllo e gestione degli strumenti taglienti e contundenti, delle attività riabilitative a rischio ferita</p>	<p><b>5</b> Monitoraggio a cadenza annuale della collaborazione con MMG e PS</p>					
---	---	--	--	--	--	--	--

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	STANDARD	FONTE	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
					AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
<p><b>C</b></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 e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;</p>	<p><b>1</b> Adesione al Progetto Regionale</p> <p><b>2</b> Utilizzo corretto dei DPI per l'assistenza specifica dei pazienti</p>	<p><b>1</b> Esecuzione questionario di autovalutazione</p> <p><b>2</b> Monitoraggio del Consumo del disinfettante idroalcolico</p>	<p><b>1</b> SI</p> <p><b>2</b> Verifica annuale del consumo del disinfettante idroalcolico</p>	Direttore Sanitario & Board	AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
					Definizione del piano aziendale	R	C
					Monitoraggio del piano aziendale	C	R
<p><b>D</b></p> <p>Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o</p>	<p><b>1</b> Coordinamento permanente con i MMG sui casi specifici di infezione e prevenzione</p>	Tracciabilità delle prescrizioni	SI	Direttore Sanitario & Board	AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE



contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).*	2 Redazione di report sulla prescrizione degli antibiotici ed esame annuale del report	antibiotiche e dell'appropriatezza			Redazione protocollo	R	R
					Monitoraggio del rispetto dei protocolli	R	C

## 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

- Pubblicazione sul sito web istituzionale [www.johnnyemary.it](http://www.johnnyemary.it);
- Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- Presentazione agli Operatori della struttura;
- Comunicazione del PARS all'indirizzo [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@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 Gasparini, 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](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](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](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](http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente);
9. [www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm);
10. [www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf](http://www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf)
11. [www.cnoris.com](http://www.cnoris.com);
12. [www.esqh.net](http://www.esqh.net)
13. [www.isqua.org.au/](http://www.isqua.org.au/)
14. [www.quic.gov/report/index.htm](http://www.quic.gov/report/index.htm)
15. [www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf](http://www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf)
16. [www.sivrq.com](http://www.sivrq.com)(Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria);

Direttore Sanitario  
Dott. Gianluca Mauro