

# **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023**

**Fondazione Sanità e Ricerca**

## Sommario

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	3
1.2 - INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 .....	4
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	7
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	8
5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ .....	8
5.1 Obiettivi .....	8
5.2 Attività.....	8
6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS .....	11
7. ALTRA BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....	11

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Sanità e Ricerca è costituita dai seguenti servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari all'interno del Centro di Cure Palliative e del Centro di Cure per la Non Autosufficienza:

- nel Centro di Cure Palliative è attivo il servizio di Hospice, costituito da 30 posti letto, dislocati su tre piani, dedicati a malati inguaribili affetti da patologie oncologiche, da insufficienze d'organo o da pluripatologie per le quali è indicato un approccio palliativo, non essendoci più possibilità di guarigione. Il servizio è accreditato con il S.S.R.
- il servizio di assistenza domiciliare del Centro di Cure Palliative si occupa di dare assistenza a 120 malati, con le stesse caratteristiche cliniche di coloro che sono assistiti in hospice. Il servizio è accreditato con il S.S.R.
- il servizio di ambulatorio per le cure palliative e la terapia del dolore, a disposizione per tutti i cittadini che ne necessitano è autorizzato dalla Regione Lazio ed è offerto in maniera totalmente gratuita con i costi a totale carico della Fondazione.
- Nel Centro di Cura per le Non Autosufficienze è presente un Centro Diurno per malati affetti da demenze, semiresidenziale, dislocato al quarto piano della struttura che può ospitare 10 persone al giorno. Il servizio è accreditato con il comune di Roma, ma i costi sono tutti a carico della Fondazione essendo erogato in maniera completamente gratuita.
- Il servizio per malati di SLA costituito da due posti letto residenziali per il sollievo, autorizzati dalla regione Lazio, offerti in maniera gratuita dalla Fondazione.
- Il Centro di Cura per le Non autosufficienze eroga un servizio di assistenza domiciliare che assiste circa 60 malati al giorno, anch'esso gratuito, autorizzato dalla regione Lazio.
- Infine il servizio di ADI, assistenza domiciliare integrata, accreditato con il S.S.R.

<b>Fondazione Sanità e Ricerca</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>ASL territorialmente competente</b>	Asl Roma 3		
<b>Posti letto Hospice</b>	30		
<b>Posti domiciliari cure palliative</b>	120		
<b>Posti letto di respiro per pazienti affetti da SLA</b>	2		
<b>Posti Assistenza domiciliare persone affette da Demenza</b>	60		
<b>ADI</b>	Numero assistiti variabile in base alla complessità degli assistiti, non determinato.		
<b>Posti semiresidenziali Centro Diurno Alzheimer</b>	20		
<b>DATI DI ATTIVITÀ 2022</b>			
	Numero	<b>Prestazioni ambulatoriali cure palliative e terapia del dolore</b>	Numero
<b>Giornate di cura degenza hospice</b>	10.285		326
<b>Giornate degenza letti di respiro<sup>1</sup></b>	0		
<b>Giornate di cura - cure palliative domiciliari</b>	41.076		
<b>Giornate di cura - assistenza domiciliare per demenze</b>	16.145		
<b>ADI – ore assistenza erogate</b>	12.754,08		

<sup>1</sup> Letti utilizzati per isolamento malati di covid 19

## 1.2 - INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della Fondazione Sanità e Ricerca.

La stesura del presente PARS, segue le indicazioni presenti nella Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501: Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le infezioni correlate all'assistenza (ICA) come una "infezione che si verifica in una persona assistita durante il processo di cura in un ospedale

o in un'altra struttura sanitaria e che non era presente o in incubazione al momento del ricovero". Ciò include anche infezioni contratte in ospedale, ma che compaiono dopo la dimissione, e le infezioni professionali degli operatori della struttura sanitaria.

Le ICA rappresentano un importante problema di salute pubblica per diversi motivi:

- a. elevata frequenza;
- b. prolungamento delle degenze ospedaliere;
- c. aumento della disabilità a lungo termine e della mortalità;
- d. aumento del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR);
- e. onere finanziario sui sistemi sanitari a causa dei costi derivanti dai punti precedenti nonché dal
- f. contenzioso giudiziario che ne consegue.

Fondazione Sanità e Ricerca si occupa prevalentemente di malati inguaribili, pazienti affetti da patologie oncologiche o da malattie cronico-progressive in fase avanzata che avvicinandosi alla fine della vita sono più vulnerabili alle infezioni, a causa di molti fattori, legati alla malnutrizione, alle difese inferiori dell'ospite, alla ridotta mobilitazione, alla presenza di dispositivi medici (come cateteri urinari, linee venose, tubi di drenaggio) ed all'immunodepressione<sup>2</sup>.

La gestione del trattamento antibiotico<sup>3</sup> è argomento delicato e controverso e non vi è attualmente consenso unanime sulla corretta gestione nei malati in fase avanzata e terminale di malattia. Essi ricevono spesso una o più terapie antibiotiche nei loro ultimi giorni di vita e, allo stato attuale, solo pochi studi hanno indagato la reale efficacia di questo tipo di trattamento in tale contesto clinico<sup>45</sup>. In contesti ospedalieri circa il 90% dei pazienti con cancro avanzato riceve antibiotici nell'ultima settimana di vita<sup>6</sup>, mentre altri pazienti che vanno incontro ad un approccio palliativo sono trattati con terapie antimicrobiche nel 15-20% dei casi<sup>7</sup>. Anche in setting come gli hospice e altri contesti di cure palliative, la percentuale di pazienti trattati con antimicrobici varia tra gli studi, ma può essere stimata tra il 40 e il 55%, con variazioni dal 14 all'84%.

---

<sup>2</sup> Vitetta, L., Kenner, D. & Sali, A. Bacterial infections in terminally ill hospice patients. *J. Pain Symptom Manage.* 20, 326–334 (2000).

<sup>3</sup> Documento consenso intersocietario SICP-FADOI, 2022

<sup>4</sup> Kwon, K. T. Implementation of antimicrobial stewardship programs in end-of-life care. *Infect. Chemother.* 51, 8997 (2019).

<sup>5</sup> Gaw, C. E., Hamilton, K. W., Gerber, J. S. & Szymczak, J. E. Physician Perceptions Regarding Antimicrobial Use in End-of-Life Care. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 39, 383–390 (2018).

<sup>6</sup> Juthani-Mehta, M. & Allore, H. G. Design and analysis of longitudinal trials of antimicrobial use at the end of life: to give or not to give? *Ther. Adv. Drug Saf.* 10, 204209861882021 (2019).

<sup>7</sup> Merel, S. E., Meier, C. A., McKinney, C. M. & Pottinger, P. S. Antimicrobial use in patients on a comfort care protocol: A retrospective cohort study. *J. Palliat. Med.* 19, 1210–1214 (2016).

Partendo da questa premessa appare evidente che nella gestione del paziente candidato alle cure palliative la gestione della terapia antibiotica deve seguire un percorso mirato a:

- assicurare al paziente la migliore qualità di cure;
- incentivare un uso razionale degli antibiotici mirato al contenimento delle resistenze;
- garantire una corretta allocazione delle risorse;
- Pianificare gli interventi a partire da una adeguata diagnosi e definizione degli outcomes condivisi.

Lo scopo principale dell'antibioticoterapia è quello di debellare il microrganismo responsabile di infezione, migliorando la sopravvivenza del paziente. Gli antibiotici non sono tuttavia in grado di modificare il decorso della patologia di base in fase avanzata, né tantomeno nel fine vita; pertanto, è necessario ponderare attentamente gli outcomes passando da una logica basata sulle prestazioni sanitarie e i volumi di attività, ad una logica incentrata su concreti risultati di salute per il paziente. L'esito atteso che porta i medici a prescrivere antibiotici nelle fasi avanzate di malattia e vicino al fine vita è il controllo dei sintomi (principalmente la riduzione di tosse, febbre, secrezioni respiratorie eccessive, dolore, disuria), allo scopo di ottenere la miglior qualità di vita possibile. La letteratura, tuttavia, fornisce dati incoerenti su entrambi gli esiti, a causa della piccola numerosità nei gruppi di studio, dell'incertezza della diagnosi di infezione e delle differenze nelle misurazioni del controllo dei sintomi<sup>89</sup>. È inoltre necessario considerare che risulta spesso arduo identificare uno stato infettivo in pazienti con malattie in stadio avanzato. Molti fattori come febbre, leucocitosi o elevazione degli indici di flogosi possono non essere presenti o essere secondari alla patologia di base. L'alterazione dello stato di coscienza che caratterizza numerosi pazienti a fine vita rende inoltre difficoltoso reperire utili sintomi indicativi di un'infezione in atto. Tali elementi complicano ulteriormente la decisione sull'appropriatezza di un'eventuale introduzione di un'antibioticoterapia empirica.

Il ricorso agli antibiotici presenta numerosi potenziali svantaggi in pazienti end-stage. In primo luogo, l'assunzione di numerosi farmaci è comune in questa classe di soggetti, rendendo probabile la comparsa di reazioni avverse e interazioni farmacologiche. L'antibioticoterapia può inoltre determinare l'insorgenza di infezione da *Clostridium difficile*, vanificando il miglioramento della qualità di vita atteso. La somministrazione per via endovenosa di antibiotici espone il paziente al rischio di complicanze locali, quali flebite, infezione dei tessuti molli e batteriemia. Il largo impiego della terapia antibiotica in pazienti in fase avanzata e terminale favorisce infine lo sviluppo di farmacoresistenza con diffusione di microrganismi con multi-drug resistance (MDR). Diventa quindi necessario che strutture di lungodegenza siano preparate per la gestione delle colonizzazioni da batteri multiresistenti, adeguando i protocolli interni alle indicazioni ministeriali, coinvolgendo il personale a tutti i livelli<sup>1011</sup> e i familiari dei pazienti<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> Rosenberg, J. H. et al. Antimicrobial Use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: A systematic review. *J. Palliat. Med.* 16, 1568–1574 (2013).

<sup>9</sup> Macedo, F. et al. Antimicrobial therapy in palliative care: an overview. *Support. Care Cancer* 26, 1361–1367 (2018).

<sup>10</sup> Crnich, C. J., Jump, R., Trautner, B., Sloane, P. D. & Mody, L. Optimizing Antibiotic Stewardship in Nursing Homes: A Narrative Review and Recommendations for Improvement. *Drugs and Aging* 32, 699–716 (2015).

<sup>11</sup> Mills, J. P. et al. The devil is in the details: Factors influencing hand hygiene adherence and contamination with antibiotic-resistant organisms among healthcare providers in nursing facilities. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 40, 1394–1399 (2019).

<sup>12</sup> Albrecht, J. S., McGregor, J. C., Fromme, E. K., Bearden, D. T. & Furuno, J. P. A nationwide analysis of antibiotic use in hospice care in the final week of life. *J. Pain Symptom Manage.* 46, 483–490 (2013).

In Italia, in particolare, si sta assistendo ad un massiccio incremento dell'incidenza di infezione da Enterobacteriaceae carbapenem-resistenti (CRE), per cui la terapia con questa classe di molecole dovrebbe essere limitata quanto più possibile.<sup>13 14</sup>

Tali microrganismi necessitano di terapie antibiotiche specifiche, costose e spesso associate a reazioni avverse di una certa gravità, prolungano nettamente i tempi di ospedalizzazione e peggiorano la prognosi del malato a causa della loro elevata morbosità e mortalità.

Al fine di contrastare la diffusione di infezioni mediate da CRE o altri patogeni MDR, in pazienti con malattia di base in stadio ormai avanzato e in cui i benefici di un'eventuale antibioticoterapia risultino poco delineati, può essere ragionevole evitare l'introduzione di una terapia antibiotica basata su farmaci per i quali il potenziale sviluppo di antibiotico-resistenza contribuisce ad aggravare questo serio problema di salute pubblica.

A tal fine all'interno della Fondazione si è valutato attraverso l'analisi delle cartelle cliniche, il numero di prescrizioni di antibiotici, con particolare attenzione agli ultimi giorni di vita<sup>15</sup>, per valutarne l'appropriatezza prescrittiva, correlando la qualità della vita all'efficacia del farmaco sul sintomo.

I dati ottenuti saranno utilizzati nell'audit programmato entro febbraio 2023 per un confronto tra i vari operatori per definire le raccomandazioni interne sul corretto utilizzo degli antibiotici per i malati in cure palliative.

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Fondazione ha in atto una procedura sul rischio clinico per la segnalazione degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella. Tuttavia in direzione sanitaria è arrivata una sola segnalazione di evento avverso su apposita modulistica, coerentemente a quanto riportato nelle procedure. Da una verifica di tutte le cartelle cliniche relative ad un anno di attività, si è potuto evidenziare che gli eventi avversi sono molto più numerosi. Infatti grazie ad un sistema di segnalazione dettagliato all'interno della cartella clinica è stato possibile rilevare il numero di cadute accidentali dei pazienti, sia in struttura che a domicilio, con i dettagli della motivazione, della dinamica e degli eventuali danni riportati dai pazienti.

Nella tabella sottostante sono riportati gli eventi avversi documentati nelle cartelle cliniche, tutti dovuti a cadute accidentali in hospice e quindi a fattori organizzativi e procedurali anche se senza esiti per i pazienti e non evitabili.

Un solo evento avvenuto durante un'attività occupazionale, effettuata fuori dalla struttura, ha avuto un esito grave con conseguente apertura di un sinistro (tab. 3)

La mancanza di segnalazioni per altri eventi relativi a procedure errate o ad altre cause ci pone il dubbio che si debba rafforzare la modalità di segnalazione di un evento, anche solo potenzialmente pericoloso per il paziente o per l'operatore, in modo da migliorare il sistema di prevenzione del rischio clinico.

---

13 Ministero Della Salute, D. D. S. P. E. D. Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019. (2019).

14 Karaiskos, I. & Giamarellou, H. Carbapenem-sparing strategies for ESBL producers: When and how. *Antibiotics* 9, (2020).

15 Durante-Mangoni, E., Andini, R. & Zampino, R. Management of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae infections. *Clin. Microbiol. Infect.* 25, 943–950 (2019).

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Eventi Avversi in Hospice e Centro diurno	12	100%	Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Procedure/Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (99%) Sinistri (10%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi in assistenza domiciliare	68	100%	Organizzativi 50% Comunicazione 50%	Valutazione degli ambienti alla presa in carico	Analisi delle cartelle cliniche
Near Miss	-	-	-	-	-
Eventi Sentinella	-	-	-	-	-

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2022	1	0	0
2021	0	0	0
2020	0	0	0
2019	0	0	0
2018	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La posizione assicurativa è descritta nella tabella 4 sottostante.

**Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
2021	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
2020	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA

## 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

**Tabella 6 – Matrice delle responsabilità**

Azione	Direttore Sanitario/ Responsabili dei servizi	Responsabile Affari Legali/Generali*	Presidente CdA /Proprietà	Strutture di supporto (qualità e privacy, magazzini farmaceutico...)
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	C	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

\*Se presente

## 5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 5.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- 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.
- 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;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

### 5.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività che, sulla base della specifica valutazione del rischio sanitario, sono previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto 6.1.

Per ogni attività è stato definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri è stato previsto un rapporto indicando una percentuale da raggiungere.

**Tabella 7 –declinazione delle attività previste per il 2023**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>
<b>ATTIVITÀ 1 – Aggiornamento delle procedure interne per la gestione del Rischio Clinico e presentazione delle stesse a tutte le Equipe assistenziali.</b>
<b>INDICATORE</b> Esecuzione degli incontri con tutte le equipe, territoriali e residenziali, entro il 31/5/2023
<b>STANDARD</b> 100%
<b>FONTE</b> direttore sanitario

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore sanitario	UO Formazione	Qualità e privacy	Responsabili dei servizi e case manager
Progettazione degli incontri	R	C	I	C
Organizzazione	I	R	I	C
Esecuzione del corso	R	C	I	I

<b>ATTIVITÀ 2 - Corso Prevenzione rischio cadute per i coordinatori infermieristici e case manager</b>				
<b>INDICATORE</b> - Esecuzione del corso				
<b>STANDARD</b> si				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore sanitario	UO Formazione	Qualità e privacy	
Progettazione del corso	R	C	I	
Organizzazione	C	R	I	

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>				
<b>ATTIVITÀ 3 - Verifica dell'appropriatezza della gestione del consenso informato come da procedura elaborata nel 2021 e progettazione di audit</b>				
<b>INDICATORE</b> numero consensi elaborati correttamente sull'analisi di un campione di 100 cartelle cliniche (residenziale e domiciliare)				
<b>STANDARD</b> 90%				
<b>FONTE</b> direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore sanitario	Responsabili dei servizi	Responsabile Qualità	
Definizione del campione	R	I	I	
Esecuzione Audit	C	I	R	
Progettazione azioni di miglioramento	R	C	C	

<b>OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>				
<b>ATTIVITÀ 4 - Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA per osservatori</b>				
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/06/2023				
<b>STANDARD</b> SI				
<b>FONTE</b> Direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore sanitario	Formazione	Qualità e privacy	
Progettazione del corso	R	C	I	
Organizzazione	C	R	I	

<b>ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio sul corretto comportamento degli operatori nell'igiene delle mani</b>				
<b>INDICATORE</b> esito della valutazione degli osservatori sulla corretta procedura igiene delle mani				
<b>STANDARD</b> 90% conformità alle procedure				
<b>FONTE</b> direttore sanitario				

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore sanitario	Osservatori	Responsabili dei servizi	Responsabile qualità
Pianificazione audit	R	C	I	I
Esecuzione Audit	C	R	I	I
Analisi esiti e azioni di miglioramento	R	I	C	I

<b>ATTIVITÀ 6 - Monitoraggio consumo di prodotti idroalcolici per igiene mani</b>			
INDICATORE report semestrale sul consumo			
STANDARD consumo del 2022			
FONTE direttore sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Direttore sanitario	Direzione Servizi Generali	Magazzino farmaceutico
Report consumo	C	R	C
Analisi del report	R	C	C
Analisi esiti e azioni di miglioramento	R	C	C

<b>OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA</b>			
<b>ATTIVITÀ 6 - Estendere la formazione effettuata nel 2022 sulla corretta gestione dei PICC e Midline agli operatori dell'ADI</b>			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30 aprile 2023			
STANDARD 100%			
FONTE direttore sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Direttore sanitario	Formazione	Qualità e privacy
Progettazione del corso	R	C	I
Organizzazione	C	R	I

<b>ATTIVITÀ 7 - Monitoraggio consumo antimicrobici in Hospice e a domicilio</b>			
<b>INDICATORI:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi report numero pazienti con terapia antibiotica nell'ultima settimana di vita</li> <li>• Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e definizione piano di miglioramento entro il 15/03/2023</li> <li>• Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (entro il 15/02/2024)</li> </ul>			
STANDARD 1/1			
FONTE direttore sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Direttore sanitario	Responsabili servizi	Qualità e privacy
Analisi report	R	C	I
Condivisione esiti e azioni miglioramento	C	R	I
Verifica efficacia azioni condivise	C	R	I

## 6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici enunciati nel PARS 2022 il direttore sanitario e i responsabili dei servizi, si impegnano ad assicurare:

- La presentazione del PARS alle equipe assistenziali;
- La distribuzione e diffusione del PARS tramite Circolare aziendale;
- La Disponibilità del PARS in formato PDF all'interno della rete aziendale;
- La pubblicazione del PARS sul sito internet della Fondazione Sanità e Ricerca.

## 7. ALTRA BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- WHO. Antimicrobial resistance.
- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio –CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza. PNCAR 2017-2021;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
- Circolare Ministero della Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.
- 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".
- 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".
- Deliberazione 2018 GR0357\_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";

- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- 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";
- 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";
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- 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. B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza);
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezz+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezz+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)
- 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza) o AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;
- <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx> o Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare, strategy for the real world. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).