

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (anno 2023)

SRSR H24

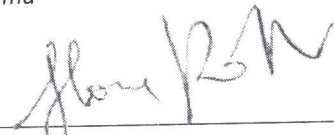
nuovi passi



Via di Settecamini, 121/131 sc. C, int. 3 – 00131 - Roma
Tel. – Fax 06 69759761 - E-mail: srsrnuovipassi@gmail.com

"LA MARGHERITA S.R.L."

Sede legale: Via di Casal Bianco, 135 - 00131, Roma
CF. - P.I. 1657891000
e-mail: lamargheritasrl1@gmail.com - Tel./fax 06 41290425

Redazione/Aggiornamento		Verifica/Approvazione		Autorizzazione alla diffusione	
27/02/2023	Dott.ssa Flavia Ratti	27/02/2023	Sig.ra Roberta Colarulli (Rappr. Legale) Dott.ssa Flavia Ratti	27/02/2023	Dott.ssa Flavia Ratti
Firma 		Firma LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000 		Firma 	

INDICE

1. Contesto organizzativo	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	6
3. Descrizione della posizione assicurativa	7
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	7
5. Matrice delle responsabilità	9
6. Obiettivi e attività	10
6.1 Obiettivi	10
6.2 Attività	10
7. Modalità di diffusione del documento	14
8. Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia.....	14
8.1 Riferimenti normativi.....	14
8.2 Bibliografia e sitografia.....	15

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La SRSR H24 “Nuovi Passi” è accreditata con decreto istituzionale definitivo con delibera n. 153 del 23/04/2021, confermando il D.C.A. della Regione Lazio n. **U00437 del 24.10.2019** per l’assistenza psichiatrica ad elevata intensità assistenziale, per complessivi quattro posti letto. La Struttura ha come finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La SRSR H24 “Nuovi Passi” insiste sul territorio della ASL ROMA2. La struttura ha ottenuto l’autorizzazione all’apertura e all’esercizio per quattro posti letto ed è collocata in un appartamento, situato in un condominio che fa parte di un comprensorio, dotato di spazi verdi comuni. Questa soluzione abitativa favorisce l’integrazione degli ospiti, con una possibile apertura verso la realtà quotidiana, auspicabile nella riabilitazione verso una futura autonomia.

L’immobile in cui ha sede la struttura è collocato in tranquillo consorzio residenziale dove sono disponibili tutti i servizi: Chiesa, Ufficio, Postale, ambulatori medici, farmacia, negozi di vari tipi e supermercati, bar.

Lo Staff include attualmente un Medico Psichiatra, uno Tecnico della Psicologia, un Assistente Sociale, un Infermiere e cinque Operatori Socio-Sanitari.

La SRSR H24 ha tra le principali finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La **mission** della La SRSR H24 “Nuovi Passi”, coerentemente con il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), è *migliorare la qualità della vita e l’integrazione sociale*, dei soggetti con una diagnosi di disturbo psichiatrico attraverso l’accoglienza su base volontaria presso le Strutture Residenziali Socio Riabilitative H. 24, mirando al potenziamento delle capacità e delle competenze dei singoli. Il principio del nostro lavoro di squadra si basa sull’umanizzazione dell’assistenza e della relazione d’aiuto.

L’inserimento presso la struttura è indicato per pazienti in condizioni cliniche stabilizzate e che, pur non necessitando di trattamenti in regime di ricovero, richiedono una temporanea e specializzata presa in carico. La SRSR H24 accoglie pazienti adulti con disturbi psichiatrici non trattabili a domicilio e che necessitino di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario protetto. L’accesso alla Struttura avviene tramite autorizzazione del DSM di competenza territoriale su ricettario del SSR, previa valutazione di idoneità della Unità di Valutazione Multidisciplinare competente. L’inserimento avviene secondo una procedura che comporta da parte dell’équipe inviante la definizione di un Piano Terapeutico Individuale.

L’inserimento del paziente nella SRSR viene realizzato seguendo le indicazioni della normativa vigente (DCA 188 del 14 maggio 2015), al fine di poter offrire una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, ad un corretto rapporto con gli enti erogatori accreditati.

L’intervento viene realizzato attraverso la stesura di un progetto Socio-Riabilitativo individualizzato (PTRP) ed integrato con l’apporto dell’équipe multidisciplinare, della struttura ospitante, e con i referenti dei servizi territoriali, dell’utente stesso e dei familiari ove presenti.

La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell’utente in attività Socio-Riabilitative individuali e/o di gruppo, all’interno e/o all’esterno della struttura. Il raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale sono oggetto di valutazione e verifica periodica trimestrale, semestrale o annuale (a breve, medio e lungo termine).

La finalità delle attività è quella di permettere il potenziamento delle abilità residue individuali e del contesto di appartenenza, oltre che il consolidamento delle autonomie rispetto alla cura di sé e dell’ambiente, all’area sociale e relazionale, area psicologica e farmacologica raggiunte dall’utente durante il percorso di riabilitazione. I nostri utenti necessitano di un periodo di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario di tipo familiare che possa ungere da mediatore della “restituzione sociale”. Con la specifica finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile e consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica ed il reinserimento sociale, con rientro in famiglia o in abitazione autonoma (con supporto domiciliare) o l’inserimento in comunità alloggio o SRSR con minor livello di protezione Socio-Sanitaria.

La **vision** aziendale si esplicita nel ricercare e promuovere integrazioni, alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione, sia all’esterno, per arricchire la rete di relazioni umane esistente e per qualificare l’offerta dei Servizi per la salute mentale, nel rispetto delle uguali opportunità e nella propensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati; sviluppare e qualificare il capitale professionale degli operatori e sostenere il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza ed in linea con quanto previsto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 13/054/CR7A/C7 in merito alle Strutture Residenziali.

Il modello di riferimento dell’intervento nella SRSR è il modello biopsicosociale; il lavoro riabilitativo è teso ad aumentare le abilità, attraverso la riduzione contemporanea del grado di vulnerabilità individuale e dello stress ambientale. Le attività svolte sono classificabili in due macroaree, le attività riabilitative e quelle medico-psichiatrica.

Le attività Socio-Riabilitative vengono svolte prevalentemente all’esterno della Struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi. Nello specifico, le attività Socio-Riabilitative, attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, sono finalizzate all’inserimento lavorativo per categorie protette, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Esse rappresentano il cardine del lavoro svolto presso la SRSR H24. Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, incentivando rapporti sociali, scambi relazionali e

comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell'ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale. Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, mostre, manifestazioni culturali in generale ed, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza.

Per quanto riguarda l'area medico-psichiatrica, si svolgono colloqui psichiatrici e psicologici, a frequenza settimanale o più, orientati in senso psicoterapeutico e con monitoraggio costante della terapia. Sono attivi dei protocolli di collaborazione con i Medici di Medicina Generale, liberamente scelti dall'utente, per i controlli di routine con la periodicità dettata dalle linee guida internazionali.

È prevista una revisione continua della Qualità, delle Procedure e dei Protocolli operativi. Vi è un monitoraggio continuo dell'applicazione dei protocolli di contenimento del rischio infettivo e pandemico sotto il controllo del Responsabile Sanitario, del Responsabile Infermieristico, del Medico di Medicina Generale e del SISP territorialmente competente.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

SRSR “NUOVI PASSI”			
DATI STRUTTURALI ^(A)			
Distretti Sanitari:		ASL ROMA2	
Estensione territoriale:	470 Km ²	Popolazione residente:	1.258.189
Posti letto ordinari	4	Psichiatria	4
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari		4	

(A): Fonte dati ISTAT aggiornati a 31/12/2020

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, la SRSR “Nuovi Passi” nella propria relazione annuale consuntiva, dichiara che non si sono verificati eventi avversi all'interno della struttura.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2021 (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 ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (0%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi	0	0			
Eventi Sentinella	0	0			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre 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”. Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 3), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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

Anno ^(A)	N. Sinistri aperti ^(B)	N. Sinistri liquidati ^(B)	Risarcimenti erogati ^(B)
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
Totale	0	0	0

(A): La struttura SRSR “Nuovi Passi” è operativa a partire dal 2019

(B): 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

Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019-'20	18/12/2020	Helvetia	714,00	Secondo condizioni polizza	No
2020-'21	18/12/2021	Helvetia	714,00		
2021-'22	18/12/2022	Helvetia	714,00		
2022-'23	19/12/2023	Allianz	152,01		

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione, per il PARS 2023, occorre inserire una relazione sintetica sulle attività previste sia nel PARM che nel PAICA del 2022, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata (Tabella 5), modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

A partire dal PARS 2023 la relazione riguarderà il PARS precedente.

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente

A) Obiettivo Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un nuovo Corso per la Gestione Del Rischio Clinico relativo allo specifico ambito di attività: infezione da SARS cov 2 (anche in modalità FAD)	SI	Il tema è stato discusso nel corso delle riunioni di equipe.
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla comunicazione del En con il paziente psichiatrico” (anche in modalità FAD)	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe per la gestione di specifici casi clinici.
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	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 3: Aggiornamento redazione e implementazione delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali	Si	Procedure

C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 4: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso per la valutazione e la prevenzione di comportamenti suicidari” (anche in modalità FAD)	SI	Corso FAD effettuato da alcuni membri dell’équipe. Il tema è stato successivamente affrontato durante le riunioni.
Attività 5: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso la gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche e alterazioni del comportamento (‘Emergenze ed urgenze psichiatriche e del comportamento’)” (anche in modalità FAD)	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe per la gestione di specifici casi clinici.
D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 6: Condivisione documenti nel cloud regionale	SI	Cloud
E) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 7: Progettazione ed implementazione di corso di formazione sul monitoraggio e la prevenzione del Covid-19 delle malattie trasmissibili in generale (anche in modalità FAD)	SI	Il tema è stato discusso nel corso delle riunioni di equipe.
Attività 8: Consolidamento delle procedure operative per la limitazione del rischio infettivo	SI	Procedure
Attività 9: Consolidamento della procedura di rilevazione di sintomi infettivi e respiratori per gli utenti	SI	Procedure
Attività 10: Consolidamento della procedura di rilevazione di sintomi infettivi e respiratori per il personale	SI	Procedure
F) 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 enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 11:	SI	Riscontro acquisti

Disposizione di distributori di gel igienizzante per le mani negli ambienti comuni ad uso degli utenti, degli operatori e dei visitatori.		
Attività 12: Limitazione delle possibilità di contatto interpersonale volto alla prevenzione di fenomeni di contagio epidemico attraverso la riduzione o sospensione delle uscite in permesso e delle visite da parte di persone esterne.	SI	Registro casi sospetti
Attività 13: Miglioramento della comunicazione interna alla struttura sul rischio infettivo e sulle corrette norme igieniche	SI	Registro
Attività 14: Organizzazione del lavoro per ridurre il rischio infettivo	SI	Piani di lavoro
G) Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 15: Condivisione documenti nel cloud regionale	SI	Cloud

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

L'unità di gestione del Rischio Clinico di struttura risulta composta da:

- Dott.ssa Flavia Ratti (Direttore Sanitario nominato Risk Manager)
- Sig.ra Roberta Colarulli (Responsabile Gestione Amministrativa)
- Dott.ssa Francesca Rastrelli (Responsabile Servizio Infermieristico)
- Dott.ssa Giovanna Scavone (Responsabile Clinico-Organizzativo)

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO	RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	COORDINATORE CLINICO- ORGANIZZATIVO
Redazione PARS	C	R	I	C	-
Adozione PARS	I	R	C	R	-
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	I

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1. Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

6.2. Attività

La SRSR “Nuovi Passi” Si impegna per il PARS 2023 ad ottemperare a tale mandato nel definire le attività seguenti:

Tabella 7 – Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sul tema della rilevazione e gestione del dolore nel paziente psichiatrico” (anche in modalità FAD)
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023
STANDARD: SI
FONTE: Report attività

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I
Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	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					
ATTIVITÀ 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso per la valutazione e la prevenzione di comportamenti suicidari” (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I
Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 2: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso la gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche e alterazioni del comportamento (‘Emergenze/urgenze psichiatriche e del comportamento’)” (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I
Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 3: Aggiornamento/redazione ed implementazione delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali					

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023					
STANDARD: SI					
FONTE: Procedure 2022					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Verifica necessità	R	R	C	I	I
Elaborazione documento	R	R	C	I	I
OBIETTIVO 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					
ATTIVITÀ 1: Disposizione di distributori di gel igienizzante per le mani negli ambienti comuni ad uso degli utenti, degli operatori e dei visitatori					
INDICATORE: Conteggio annuale dei litri di gel igienizzante utilizzati.					
STANDARD: SI					
FONTE: Registro acquisto materiali					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Direttore Sanitario		Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	
Progettazione dell'attività	R		C	I	
Organizzazione dell'attività	C		R	I	
Esecuzione dell'attività	C		R	C	
ATTIVITÀ 2: Miglioramento della comunicazione interna alla struttura sul rischio infettivo e sulle corrette norme igieniche					
INDICATORE: Affissione poster informativi e percorsi entrata/uscita, percorsi pulito/sporco					
STANDARD: SI					
FONTE: Ispezione Struttura					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Direttore Sanitario		Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	
Progettazione dell'attività	R		C	I	
Organizzazione dell'attività	C		R	C	
Esecuzione dell'attività	C		R	C	

OBIETTIVO D) - Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).			
ATTIVITÀ 1: Consolidamento della procedura di rilevazione di sintomi infettivi e respiratori per il personale			
INDICATORE: Monitoraggio quotidiano dei sintomi respiratori, della temperatura corporea e della saturazione e disponibilità del tampone rapido per la ricerca di SarsCov2 per tutti gli operatori con registrazione su apposito registro cartaceo			
STANDARD: SI			
FONTE: Registro parametri			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico
Elaborazione procedura	R	I	C
Tracing cartaceo	C	I	R
Esecuzione dell'attività	C	I	R
ATTIVITÀ 2: Limitazione delle possibilità di contatto interpersonale volto alla prevenzione di fenomeni di contagio epidemico attraverso la riduzione o sospensione delle uscite in permesso e delle visite da parte di persone esterne.			
INDICATORE: Conteggio dei casi sospetti di contagio epidemico.			
STANDARD: SI			
FONTE: Registro eventi clinici			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico
Elaborazione procedura	R	C	I
Tracing cartaceo	C	R	C
Esecuzione dell'attività	C	R	C
ATTIVITÀ 3: Organizzazione del lavoro per ridurre il rischio infettivo			
INDICATORE: Procedura di gestione del personale e dei rientri dopo malattia infettiva			
STANDARD: SI			
FONTE: Procedure			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico
Elaborazione procedura	R	C	I

Tracing cartaceo ed elettronico	C	C	R
Esecuzione dell'attività	R	R	C

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Per permettere l'idonea conoscenza e messa in pratica dei contenuti del presente documento, e per il conseguimento degli obiettivi programmati, il PARS 2023 si avvale dei seguenti mezzi di diffusione:

- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Invio al Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio

8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

8.1. Riferimenti normativi

- Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante “Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Legge 8/03/2017 n. 24 recante “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.
- Determinazione Regionale n. G13505 del 25/10/2018 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari”
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25/10/2016 recante “Approvazione del documento recante definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.
- Determinazione regionale n. G16829 del 6/12/2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- Ministero della Salute. Risk management in sanità: Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio clinico. DM 5 marzo 2003.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.

- Decreto legge 23/02/2020, n. 6 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 04/03/2020.
- 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”.
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- 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”.
- WHO guidelines on hand hygiene in health care (2009)
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) del 29/11/2022.
- Circolare del 31/12/2022 del Ministero della Salute

8.2. Bibliografia e sitografia

- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza del paziente e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
- “Linee guida per l’elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)”, pubblicato sul BURL n. 8 del 24/01/2019
- “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020” Area rete ospedaliera e specialistica, prot. U63179 del 21/01/2020 – Regione Lazio
- Reason, James (1997). "Managing the risks of Organizational Accidents". *Ashgate 1 edizione*
- Prevenzione specifica e sorveglianza sanitaria in ambiente ospedaliero alla luce del D.Lgs. 81/08. *Prevenzione Oggi*, n.4 Ottobre - Dicembre 2008
- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003

- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.
- Biondi, Massimo (2014) “Comunicazione con il Paziente. Il metodo END. «Empatia, normalizzazione, deescalation» in crisi ed emergenza” Alpes Italia
- <https://www.epicentro.iss.it/>
- <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>
- <https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/menu-approfondimenti/parlano-gli-specialisti/658-sps-servizio-prevenzione-suicidio>