

- 1. PREMESSA**
- 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO**
- 3. SCOPO**
- 4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**
- 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2024**
- 6. OBIETTIVI STRATEGICI 2025**
- 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**
- 8. DIFFUSIONE**
- 9. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**
- 10. SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA**

1 – Premessa

Con il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (di seguito, “PARS”), la Clinica Ars Biomedica, intende portare avanti il proprio obiettivo di garantire la Tutela della Salute e la Sicurezza delle Cure, nonché soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini, assicurando prestazioni e servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, dalla normativa provinciale e nazionale di riferimento.

Per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini e le aspettative professionali delle collaboratrici e dei collaboratori, la Clinica si impegna a creare un’organizzazione che sia fondata su valori etici e principi ispiratori condivisi che si esplicano tramite professionalità, collaborazione, lealtà, impegno, responsabilità, trasparenza e riservatezza dei dati e che garantiscano:

- l’eguaglianza dei diritti degli utenti;
- la soddisfazione del bisogno di salute delle utenti e degli utenti attraverso prestazioni appropriate;
- il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte;
- il coinvolgimento e la qualifica delle risorse umane attraverso programmi di formazione, aggiornamento e sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze professionali;
- l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse, nell’ottica del raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia.

Le attività che verranno descritte nei paragrafi che seguono afferiscono a molteplici strumenti di Clinical Governance (quali, pratica professionale basata sulle evidenze, gestione delle informazioni e dei dati, utilizzo e adattamento locale di linee guida per i percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, audit clinico, gestione del rischio, formazione continua, ricerca e sviluppo e partecipazione dell’utenza), utilizzati tra loro in modo sinergico e integrato per garantire una visione e una valutazione dei processi in un’ottica di continuo miglioramento.

L’Ars Biomedica è una clinica privata polispecialistica, autorizzata dalla Regione Lazio; si trova in una zona residenziale, centrale nella città di Roma, tra la via Cassia e la via Flaminia.

Il corpo principale ha l’ingresso in Via Luigi Bodio 58 00191 Roma; nel piano posto sul livello stradale sono alloggiate la Sala Prelievi ed il Poliambulatorio per l’osservazione breve dei pazienti che accedono in Clinica a seguito di problematiche di salute in acuzie. Nel primo piano sopra il livello della strada alloggiano gli ambulatori per le attività specialistiche e le sale operatorie ambulatoriali, nel terzo e quarto piano sopra il livello stradale alloggiano i Reparti di degenza. Nel piano seminterrato è collocata la Fisioterapia, il Servizio di Diagnostica per Immagini ed il Blocco Operatorio.

La Clinica dispone di camere di degenza poste su 3 piani, tutte con servizi igienici propri.

Le prestazioni erogate comprendono:

- Visite mediche, assistenza infermieristica e ogni atto o procedura diagnostica o terapeutica necessari per rispondere ai bisogni di salute del paziente degente, compatibilmente con il buon livello di dotazione tecnologica dei singoli reparti;
- Interventi di primo soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazione di emergenza medica e chirurgica, con eventuale ricovero o trasferimento presso altra struttura più pertinente;
- Prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale (la medicina nucleare, la diagnostica per immagini, il laboratorio analisi e la fisiokinesiterapia);
- Tac 512 strati;
- RMN 3 Tesla della GE Healthcare;
- Piscina riabilitativa, caratterizzata da una vasca principale suddivisa in tre altezze, mantenuta ad una temperatura di 33,5°C, per l'esecuzione di trattamenti di idrokinesiterapia. Sono disponibili, inoltre, due ulteriori vasche per il percorso vascolare kneipp, mantenute a 15,5°C la vasca fredda, e 35,5°C quella calda.

2. Contesto Organizzativo:

Come da D.R.G. 13716 18/10/2024 - Ratifica intese con soggetti privati-autorizzati su posti letto autorizzati così suddivisi:

Denominazione della Struttura			
Dati Strutturali			
Posti Letto Ordinari	50	Medicina	20
		Chirurgia	30
		Day Service Day Hospital	2
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	6

Dati Attività per l'anno 2024			
Ricoveri Ordinari	2017		
Branche Specialistiche	23	Prestazioni ambulatoriali erogate	32.258

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati
2020	3	0
2021	2	1
2022	2	2
2023	1	1
2024	4	0

L'organizzazione della Clinica prevede:

- Un Raggruppamento Chirurgico, articolato su un'unità funzionale di degenza, coordinatore dei servizi infermieristici FERNANDO RUSCITO; Il reparto attualmente si compone di 29 posti letto +1 ds.
- Un Raggruppamento di Medicina, articolato su un'unità funzionale di degenza, coordinatore dei servizi infermieristici FERNANDO RUSCITO; il reparto attualmente si compone di 19 posti letto + 1 ds.
- Gruppo Operatorio: 3 sale operatorie multi specialistiche, n. 1 sala di emodinamica, n. 1 sala ambulatoriale, n.1 sala di endoscopia; responsabile del Servizio di Anestesia: Prof. Francesco Pugliese. Coordinatore dei servizi infermieristici: ANDREA FARRONI.
- Un Raggruppamento ambulatoriale sito al piano terra ed al 1 piano, coordinatore dei servizi infermieristici ambulatoriali DAVIDE BOGANI.
- Direttore Sanitario: Dott. Athos Gentile.

3. Scopo

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso viene definita come la probabilità che subisca un “[e]vento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato, in numerosi atti, l'importanza dell'intervento diretto da parte delle organizzazioni sanitarie per garantire ai pazienti servizi sanitari altamente qualificati e sicuri. L'errore è insito nei sistemi complessi, la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti:

- il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi;
- l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni e linee guida per la sicurezza;
- l'engagement di pazienti e cittadini;
- la formazione degli operatori sanitari.

Il PARS è lo strumento che permette di promuovere e realizzare iniziative per la definizione e la gestione dei rischi e proporre azioni finalizzate alla prevenzione e al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Scopo del presente Piano è rappresentare le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori e il cronoprogramma delle attività relative alla gestione del rischio sanitario e del rischio infettivo, in un'ottica di sicurezza dei pazienti, relativamente all'anno 2025, in recepimento della normativa di riferimento regionale e nazionale, in ottemperanza agli obiettivi regionali e in coerenza con quelli della Clinica.

I progetti operativi illustrati nel proseguo (Sezione “Progetti”) si pongono la finalità di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni e, di concerto con le politiche di gestione del Sistema Qualità, consentire l'adozione condivisa di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi in esame. Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti inseriti in specifici contesti di lavoro.

L'obiettivo principale è dunque quello di diminuire la potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo, nonché di contenere la complessiva sinistrosità della Clinica.

Il PARS si inserisce in un'azione sistemica più ampia finalizzata a garantire la diffusione di una cultura di conformità e di gestione del rischio, che comprende la valutazione dei principali processi, l'analisi del rischio, la promozione e l'implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, oltre a perseguire finalità informative e formative.

Nel contesto della redazione del PARS 2025, gli obiettivi relativi al rischio infettivo sono allineati con le attività previste nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP), in particolare con il Piano Predefinito 10 (PP10) e con il Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR).

La Clinica, con la figura del Risk Manager, istituita in data 21/09/2021, attraverso politiche di Risk assessment è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico assistenziale e clinico gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente e dei propri operatori sanitari e non.

I progetti operativi, hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni e, di concerto con le politiche di gestione del Sistema Qualità, consentire l'adozione condivisa di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi in esame.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio: ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo decisivo e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager, fornisce quindi alla Clinica un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. Inoltre, il PARS rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders. Le attività che si realizzano fanno parte delle iniziative della Clinica in materia di rischio sanitario e rischio infettivo e concorrono al proseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le funzioni della Clinica collaborano, per quanto di competenza, con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARS.

4. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Eventi Avversi: 0
Reclami: 1

4 richieste di risarcimento nel 2024

La percentuale di richieste di risarcimento rispetto ai ricoveri:
- 0,19%
- 0% per presunte ICA

La percentuale di richieste di risarcimento rispetto al totale delle prestazioni erogate: 0,012%

La percentuale di reclami e segnalazioni rispetto al totale delle prestazioni erogate è dello: 0,001%

5- Attività realizzate nel 2024:

In relazione agli obiettivi e relative attività descritte nel Pars 2024, si riportano le seguenti attività svolte:

5.1 Obiettivi Strategici 2024 ad esclusione di quelle legate alla gestione del rischio infettivo:

Obiettivo (A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1:

"PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO FAD, FRUIBILE DA TUTTO IL PERSONALE SULLA PIATTAFORMA TUTTO IL PERSONALE È STATO FORMATO

Attività 2:

"PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO FAD, FRUIBILE DA TUTTO IL PERSONALE SULLA PIATTAFORMA IL PERSONALE È STATO FORMATO

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:

*SONO STATE REDATTE n. 11 RELAZIONI PER UN TOTALE DI 10 RICHIESTE DI RISARCIMENTO PERVENUTE PRESSO LA CLINICA, LO STANDAR DI RIFERIMENTO È STATO RAGGIUNTO CON PERCENTUALE DEL 100%.
SONO STATI EFFETTUATI n. DODICI (12) COMITATI DELLA VALUTAZIONE SINISTRI.
SONO STATI EFFETTUATI n. QUATTRO (4) INCONTRI CON I COORDINATORI INFERMIERISTICI A TEMA SULLA GESTIONE DEL RISCHIO.*

Attività 2:

REDAZIONE DELL'INFORMATIVA E DEL CONSENSO GENERALE ALLE CURE CHE VERRA' INFORMATIZZATO, IN OTTEMPERANZA a Determinazione n. G00642 del 25 gennaio 2022 REGIONE LAZIO.

Attività 3:

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI FARMACI FALA E LASA ATTRAVERSO BOLLINATURA DISTINTA. L'ATTIVITA' VIENE EFFETTUATA PRESSO L'ARMADIO FARMACEUTICO CENTRALIZZATO E SUCCESSIVAMENTE SMISTATI PRESSO I REPARTI DI DEGENZA.

5.2 Resoconto delle Attività del Piano Precedente Obiettivi Strategici 2024 sulla gestione del rischio infettivo:

Obiettivo (C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Attività 1:

NELL'AMBITO DELLE RIUNIONI DEL CCICA EFFETTUATE DURANTE L'ANNO 2024 È STATA CONDIVISA CON I COORDINATORI INFERMIERISTICI LA PROCEDURA SULLA MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DI GERME ALERT, CON LA DESCRIZIONE DEL PASSAGGIO PROCEDURALE TRA LABORATORIO, REPARTO E RISK MANAGER/ DIREZIONE SANITARIA, SULLA BASE DI QUANTO CONDIVISO ALL'INTERNO DEL DOCUMENTO D'INDIRIZZO SULLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA). TUTTI I COORDINATORI SONO STATI FORMATI LO STANDARD RAGGIUNTO È PARI AL 100%.

Attività 2:

SEMESTRALMENTE SONO STATI INVIATI I REPORT RELATIVI AL CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA, LO STANDARD DI RIFERIMENTO È STATO RAGGIUNTO; CON UN CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO PARI A 22 LITRI PER MILLE GIORNATE DI DEGENZA. ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE.

6- Obiettivi Strategici 2025:

Obiettivo (A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1: <i>PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO FAD, FRUIBILE DA TUTTO IL PERSONALE INERENTE "LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, CON FOCUS SPECIFICO SULLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI".</i>		
Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2025 (>=80%)		
Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEL PERSONALE CON DEBITO FORMATIVO.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	I	R
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	C	R

6.1 Obiettivi e relative Attività ad esclusione di quelle legate alla gestione del rischio infettivo:

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: VERIFICA DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA, CON FOCUS SULLA COMPILAZIONE DEL CONSENSO ALLE CURE/ CONSENSO ALLA PRESTAZIONE; IL REQUISITO PRESO IN ESAME, DEVE SODDISFARE NELL' 80% DEI CASI I REQUISITI MINIMI PREVISTI DAL DOCUMENTO D'INDIRIZZO SUL CONSENSO PROPOSTO DALLA REGIONE LAZIO. LE ANOMALIE RISCONTRATE VERRANNO SEGNALATE DIRETTAMENTE AI MEDICI RESPONSABILI DEL PROCESSO DI CURA, AL FINE DI APPORTARE LE IDONEE MISURE CORRETTIVE.		
Indicatore: N° consensi rispondenti a normativa (80%) rispetto al totale delle cartelle controllate mensilmente.		
Standard: Consenso contenente i requisiti minimi proposti dal Documento d'indirizzo sul Consenso della Regione Lazio.		
Fonte: Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Qualità
Verifica completezza dei Consensi	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C
Attività 2: <i>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA: CONDIVISIONE ED ANALISI DEI DATI, ATTRAVERSO I CONTROLLI MENSILI DELLE CARTELLE CLINICHE.</i>		
Indicatore N° requisiti soddisfatti presenti all'interno della check list (80%) rispetto al totale delle cartelle controllate mensilmente.		
Standard: 7 item di controllo (Informativa /Consenso, ASA, Istologico, Anagrafica, Orari, Fut, Carta Identità, Intervento Chirurgico Lettera di dimissione).		
Fonte: Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Qualità
Verifica completezza dei sette (/) items della Cartella Clinica	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C

Check-List implementata
Id. cartella

CONSENSO INFORMATIVA: ASA	presente	corretta compilazione	parziale	errori di sito	firma timbro dr	firma pz
ISTOLOGICO	presente se richiesto	timbro curante	avviso pz			
ANAGRAFICA	corretta compilazione					
ORARI	corrispondenza	scheda s.o.	check inf.	scheda anestesia.	diaria	
FUT	presente	Corretta compilazione	Parziale	Errore di trascrizione	Firma timbro	
CARTA IDENTITA' INTERVENTO CHIRURGICO	presente					
LETTERA DI DIMISSIONE	equipe chirurgica					
	corretta compilazione	follow up	firma e timbro dr	firma pz	Controllo 30 gg in clinica	

Obiettivo (C): favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture

Attività 1:

VERIFICA E MONITORAGGIO SEMESTRALE ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI UNA CHECK RELATIVAMENTE AL RISCHIO CLINICO

Indicatore: N. di Check compilate semestralmente rispetto al totale delle degenze (100%)

Standard: Ogni reparto di degenza verrà verificato mensilmente e semestralmente (2 schede semestrali e 12 mensili)

fonte: Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Qualità
Verifica e Monitoraggio delle degenze	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C

2 Obiettivi e relative Attività specifici sulla gestione del rischio infettivo:

Obiettivo (A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1:

PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI RELATIVAMENTE IL RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI SEGNI E SINTOMI DELLA SEPSI.

Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2025 (>=80% DEGLI OSSERVATORI COORDINATORI INFERMIERISTICI)

- Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEGLI OSSERVATORI.

- Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	C	R
Esecuzione del Corso	I	R

Attività 2:

PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI RELATIVAMENTE ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA E LE ICA.

Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2025 (>=80% DEGLI OSSERVATORI COORDINATORI INFERMIERISTICI)

- Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEGLI OSSERVATORI.

- Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	C	R
Esecuzione del Corso	I	R

Obiettivo (C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività 1:		
<i>VERIFICA E MONITORAGGIO SEMESTRALE ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI UNA CHECK RELATIVAMENTE AL RISCHIO INFETTIVO</i>		
Indicatore: N. di Check compilate mensilmente rispetto al totale delle degenze (100%)		
Standard: Ogni reparto di degenza verrà verificato mensilmente e semestralmente (2 schede semestrali e 12 mensili)		
fonte: Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Verifica e Monitoraggio delle degenze	C	R
Esecuzione di misure correttive	C	R
Attività 2:		
<i>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO AMBIENTALE DELLA CAMERA OPERATORIA E DELLA DEGENZA DELLA CLINICA ARS BIOMEDICA ATTRAVERSO L'EFFETTUAZIONE DI PROVE MICROBIOLOGICHE INTERNE.</i>		
Indicatore: VERIFICA PRESENZA DI GERMI DA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE		
Standard: IL 90% DELLE CAMERE OPERATORIE VALUTATE DEVONO PRESENTARE UNA CONCENTRAZIONE (CFU) DI CONTAMINANTI AMBIENTALI TENDENTI ALLO ZERO.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	LARORATORIO
PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO	R	C
ESECUZIONE MONITORAGGIO	C	R
Attività 3:		
<i>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE.</i>		
Indicatore: VERIFICA DELLA QUANTITA' DI GEL UTILIZZATO		
Standard: VENTI LITRI PER MILLE GIORNATE DI DEGENZA.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	DIREZIONE SANITARIA
MONITORAGGIO DEL QUANTITAVO DI GEL	C	R
VALUTAZIONE DEL DATO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE	C	R

7. Matrice delle Responsabilità

MATRICE DI RESPONSABILITA'							
Azione	Direttore Sanitario/Presidente CCICA	Risk Manager	Ufficio Legale	Proprietà	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS eccetto 6.2	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punto 4	C	C	R	I	C	C	-
Redazione 6.2	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 6.2)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio PARS punto 6.2	R	C	I	I	C	I	C

Legenda

R= Responsabile	AU=Amministratore Unico	DS=Direttore Sanitario	RM=Risk Manager
C=Coinvolto			
I=Informato			

8. Diffusione

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione della Clinica assicura la diffusione attraverso la presentazione del piano all'interno di riunioni indette ad HOC, con la modalità consona al momento, nell'ottica di favorire la cultura della gestione del rischio, verrà inoltre pubblicato sulla homepage della Struttura.

Le revisioni vengono pubblicate e condivise tramite server qualità, previo invio di una comunicazione e-mail.

9. Normativa di riferimento

- 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";
- 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";
- 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";

9. 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';
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
11. 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";
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi";
14. 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";
15. 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.

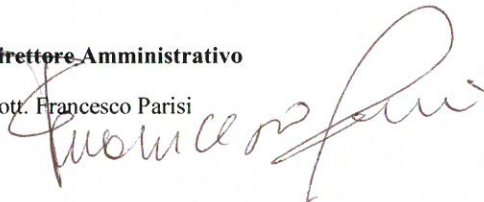
10. Sitografia e Bibliografia

1. Ministero della Salute – Nuovo coronavirus <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
2. Regione Lazio <http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/>
3. ISS per Covid-19 <https://www.iss.it/en/coronavirus> 12. Rapporti ISS COVID-19 <https://www.iss.it/en/rapporti-covid-19> 13.
4. Report ISS - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2" aggiornato al 10 maggio 2020
5. Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitalspreparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>
6. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
7. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
8. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>
9. <https://www.who.int/infection-prevention/publications/en/>
10. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
11. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

Roma 18.02.2025

Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Parisi



Risk Manager

Dott.ssa Serena Carovillano

