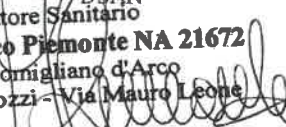
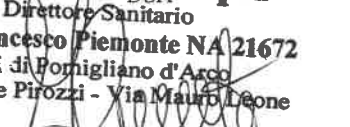



# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

# PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
00	26/03/2024	Aggiornamento Legge n.24/2017 agli art. 2.4.10 – DGRC 152 del 28.03.2023
01	20/11/2025	Revisione documentazione per Fusione per incorporazione di IOS SPA in CARDIOMED SPA
02	30/03/2026	Aggiornamento dati anno 2025



<p>REDAZIONE <b>CARDIOMED SPA</b> ESAN Direttore Sanitario dott. Francesco Piemonte NA 21672 sedi di Pomigliano d'Arco Via Felice Pirozzi - Via Mauro Leone</p> 	<p>VERIFICA <b>CARDIOMED SPA</b> DSA Direttore Sanitario dott. Francesco Piemonte NA 21672 sedi di Pomigliano d'Arco Via Felice Pirozzi - Via Mauro Leone</p> 	<p>APPROVAZIONE <b>CARDIOMED SPA</b> AD Società Unipersonale Amministratore Delegato Annamaria Foglietta</p> 
---	--	--

## Sommarrio

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....</b>	<b>5</b>
<b>3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....</b>	<b>6</b>
<b>4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....</b>	<b>7</b>
<b>4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2025.....</b>	<b>7</b>
<b>4..2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2025.....</b>	<b>8</b>
<b>5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>10</b>
<b>6 OBIETTIVI .....</b>	<b>10</b>
<b>6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2025 .....</b>	<b>11</b>
<b>7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO</b>	
<b>INFETTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS .....</b>	<b>15</b>
<b>9 RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>15</b>
<b>10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	<b>16</b>

## Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2025 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.

L'obiettivo è quello di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;

## 1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica a Cardiomed Spa, già IOS SpA, che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Cardiomed Spa, già IOS SpA dispone di n. 30 posti letto accreditati e n. 4 posti letto autorizzati presso il Presidio di Via Felice Pirozzi n.20, 80038 Pomigliano d'Arco (NA), di n. 40 posti letto accreditati presso il Presidio di Via Mauro Leone n.106, Pomigliano d'Arco (NA).

Il DCA 103/2014 accredita i n.70 posti letto nelle brache come di seguito indicato, il DCA n.63 del 2016 accredita le due sedi di IOS SpA per l'attività in regime ambulatoriale.

### **Cardiomed Spa, già IOS SpA sede di Via Felice Pirozzi**

- Chirurgia Generale n.15 pl
- Ortopedia n.4 p.l.
- Ginecologia n.5
- Medicina Generale n.6

### **Cardiomed Spa, già IOS SpA sede di Mauro Leone**

- Chirurgia Generale n.3 pl
- Ortopedia n.4 p.l.
- ORL n.5

- Medicina Generale n.4
- Cardiologia n. 7 p.l.
- Oculistica n.4 p.l.
- Neurologia n.6 p.l.
- UTIC n.4 p.l.
- Terapia Intensiva e Rianimazione n.3 p.l.

DATI STRUTTURALI	
Struttura	Cardiomed Spa, già IOS SpA
Mq. Complessivi	Sede di Via Felice Pirozzi : 1140 mq Sede di Via Mauro Leone: 2400 mq

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE <sup>1</sup>			
Risorse umane al 31/12/2025	N° 136	Ruolo sanitario: 124 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 12	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
ACUTI			
CHIRURGIA GENERALE	18	SSN	PRIVATO
ORTOPEDIA	8	SSN	PRIVATO
MEDICINA GENERALE	10	SSN	PRIVATO
ORL	5	SSN	PRIVATO
OCULISTICA	4	SSN	PRIVATO
GINECOLOGIA	5	SSN	PRIVATO
NEUROLOGIA	6	SSN	PRIVATO
UTIC	4	SSN	
RIANIMAZIONE	3	SSN	
CARDIOLOGIA	7	SSN	PRIVATO
SALA OPERATORIA	2 BLOCCHI 4 SALE	SSN	PRIVATO
AMBULATORIALE			
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	2	SSN	PRIVATO/ASS.

TAC	1	SSN	PRIVATO/ASS.
-----	---	-----	--------------

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI		
DIMESSI PER RICOVERI ORDINARI PRESIDIO DI VIA FELICE PIROZZI	1098		
DIMESSI PER RICOVERI ORDINARI PRESIDIO DI VIA MAURO LEONE	1434		
DIMESSI PER RICOVERI PACC PRESIDIO DI VIA FELICE PIROZZI	1210		
DIMESSI PER RICOVERI PACC PRESIDIO DI VIA MAURO LEONE	1240		

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI		PRESTAZIONI
RADIOLOGIA TRADIZIONALE VIA MAURO LEONE	4884		
RADIOLOGIA E TAC DI VIA FELICE PIROZZI	7102		

## 2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono stati: n.0

tipo di	N. (e % sul	% di cadute	Principali fattori	Azioni di	Fonte del dato
---------	-------------	-------------	--------------------	-----------	----------------

evento	totale degli eventi)	all'interno della categoria di evento	causali/contribuenti	miglioramento	
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (20%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Strutturali (10%) Organizzative (60%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	0 (100%)	(100%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2024

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2021	9	1	€ 10.944
2022	7	7	€ 216.522
2023	8	3	€ 98.801
2024	6	2	€ 153.139,30
2025	13	1	€ 5.780,62
<b>Totale</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>€ 486.906,3</b>

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nel 2025 (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

### 3 Descrizione della posizione assicurativa

Cardiomed Spa, già IOS SpA, possiede la polizza assicurativa presso il Presidio di Via Mauro Leone mentre il Presidio di Via Felice Pirozzi non possiede alcuna polizza assicurativa ma è in regime di Auto ritenzione.

## 4 Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2025

### 4.1 Resoconto delle attività del 2025

#### OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Formazione erogata all'80% del personale nell'anno 2022 e ancora valida, ed è stata riprogrammata per l'anno 2025.  Oggetto della formazione: Sicurezza del paziente e Gestione del Rischio Clinico;

**Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico –Corretta compilazione della check list**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Argomenti trattati: Risk Management, Statistica degli errori nella pratica sanitaria, analisi dell'errore, identificazione, gestione e prevenzione dell'errore.

**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 (2) Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC;**

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 15 cartelle 100% conformi	SI	Attività di audit delle cartelle cliniche per valutare la conformità di tutta la documentazione presente all'interno della cartella clinica.  Come si evidenzia dai Piano di Audit 2024 e relativi Report di Audit.

**attività (3) promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attraverso audit interni**

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione Conseguitamento certificazione ISO 9001:2015	SI	Il Conseguimento della certificazione è datato luglio 2024, con verifica di mantenimento tenutasi a giugno 2025

**OBIETTIVO C:** Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura

**Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali**

INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	SI	Tutte le raccomandazioni ministeriali sono state recepite mediante procedure interne e condivise con il personale.

4.2 Attività rischio infettivo 2025

**OBIETTIVO A:** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

**Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Emissione e condivisione di procedure per la gestione delle ICA.

**Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici**

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	In data 19.10.2023 è stato redatto il nuovo prontuario farmaceutico condiviso con tutti i medici e con l'addetta al deposito farmaceutico

--	--	--

**OBIETTIVO 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

**ATTIVITÀ (3) – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di Cardiomед Spa, già IOS SpA**

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E	SI	<p>Condivisione della procedura sul corretto lavaggio delle mani, presente anche sulla Carta dei servizi 2023.</p> <p>Dispender igienizzanti presenti in tutti gli spazi comuni, nelle medicherie e negli studi medici.</p> <p>Divulgazione della Procedura figurativa lavaggio delle mani emessa dal Ministero.</p>

**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 CRE

**ATTIVITÀ (4)- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva	SI	

**ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).**

Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza 70% di personale sanitario da coinvolgimento/ TOT. Personale Sanitario	SI	

## 5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano

AZIONE	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato / Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	C	I
Redazione punto A7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I

R=Responsabile    C= Coinvolto    I= Interessato

## 6 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2025.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. 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
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

### 6.1 Le Attività per il 2026

#### OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

##### ATTIVITÀ (1)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico

**Indicatore:** Partecipazione di almeno l'100 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità "

**Formula:** (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

**Standard:** 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

**Scadenza:** 31/12/2025

##### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

##### ATTIVITÀ 2)- Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico

**Indicatore:** Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso " Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "

**Formula:** (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

**Standard:** 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

**Scadenza:** 31/12/2025

##### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE**

**ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza**

**Indicatore:** verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella

**Standard:** su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

**ATTIVITÀ (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture**

**Indicatore:** Ottenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015

**Standard:** Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C

**OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE**

**ATTIVITÀ 5**

Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere

**Indicatore:** realizzazione di almeno 1 opuscolo

**Standard:** formato pieghevole

**Fonte:** RSQ-Marketing-DSAN

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RMDSAN	RSQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

## 7 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero batteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

### 7.1 Le attività rischio infettivo

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>			
<b>ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA</b>			
Indicatore un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2025
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
<b>ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici</b>			
Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2025
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del	C	I	R

corso			
Esecuzione del corso	I	I	R

**OBIETTIVO 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 ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

**ATTIVITÀ (3)** – piano di azione delle attività per le igiene delle mani di IOS

**Indicatore:** Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E

**Standard:** Raggiungimento livello massimo al 31/12/25

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

**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 CRE

**ATTIVITÀ (4)**- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

**Indicatore:** Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva

**Standard:** Rilevazione mensile dei dati

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	CCICA	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I

**ATTIVITÀ 5)-Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).**

**Indicatore:** Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza

**Standard:** 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

**Scadenza:** 31/12/2025

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

## 8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet di Cardiomed Spa, già IOS SpA
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

## 9 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio do Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
5. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 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)"
6. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
7. D.P.R. 14/01/97 "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. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
9. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
10. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."

11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
14. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
15. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
16. 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
17. 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
18. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
19. 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
20. 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"
21. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
22. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

## 10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me)
- 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)
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"