

# assohandicap

Onlus

Associazione con personalità giuridica

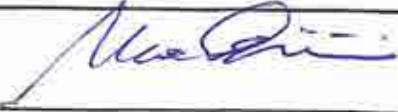
(Delibera Regione Lazio n. 10.716 del 13.12.1988)

Sede legale : 00047 Marino (Roma) – Via Pietro Nenni, 16

## RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA “IL TETTO”

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

Ai sensi della 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"

	FUNZIONE E NOME	DATA	
REDAZIONE E VERIFICA	Dott. MARCO CALIGIURI Direttore Sanitario e Responsabile clinico	02.02.2023	
VALIDAZIONE ED ADOZIONE	Delibera del COMITATO DIRETTIVO del 02.02.2023	02.02.2023	Presidente : Rag. Fabrizio Battisti Vice Presidente : Dott.ssa Roberta Nuccitelli Consigliere : Dott.ssa Barbara Fortini Consigliere : Dott.ssa Sabrina Angela Pavia Consigliere : Dott. Fabio Molinari



--	--	--

ass handicap **Onlus**

Associazione con personalità giuridica

RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "IL TETTO"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO</b>	
<b>STATO DELLE REVISIONI</b>	
<b>Revisione 0</b>	<b>27.02.2023</b>



## INDICE

1. Premessa .....	4
2. Il rischio clinico e le infezioni correlate all'assistenza .....	7
2.1. Il Rischio Clinico e il relativo Piano (PARM) .....	7
2.1.1. Criteri per la classificazione degli eventi .....	12
2.1.2. Diagramma di flusso per la classificazione degli eventi .....	13
2.1.3. Il rischio infettivo .....	14
2.1.4. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari .....	17
3. Termini e definizioni .....	19
4. Contesto organizzativo .....	21
4.1. Dati generali .....	23
4.2. Rischio infettivo : Il Comitato per il Controllo delle ICA .....	24
5. Mappatura del rischio .....	26
6. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	28
7. Eventi segnalati nell'ultimo quinquennio .....	29
8. Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio .....	30
9. Descrizione della posizione assicurativa .....	31
10. Resoconto delle attività del Piano precedente .....	32
11. Matrice delle responsabilità .....	33
12. Obiettivi e attività .....	34
12.1. Obiettivi .....	34
12.2. Attività .....	36
13. Attività e matrice delle responsabilità .....	40
14. Diffusione del PARS. Coinvolgimento del personale .....	48
15. Riferimenti normativi, sitografia .....	50

## ALLEGATI

## 1. PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), documenti con i quali le Strutture sanitarie hanno reso noto, fino al 2021, la propria *policy* su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce della approvazione della legge Legge 8 marzo 2017 n. 24 (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e delle persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*), e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, i contenuti di questi due Documenti sopra citati sono stati rivisti, unificandone il contenuto in un unico *"Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)"* con l'obiettivo 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'Antibiotico Resistenza (PNCAR);
- ❑ Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- ❑ Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.

Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e accreditamento e questo comporta una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

Per raggiungere questi obiettivi la Regione Lazio, con la Determinazione n. G00643

del 25 gennaio 2022, ha predisposto il *“Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”*.

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

Alla luce di quanto sopra le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare un **Piano Aziendale del Rischio Sanitario**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale.

Scopo del PARS è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del Rischio Sanitario.

Il PARS, prevede azioni su obiettivi di rischio sanitario con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese. L’Azienda definisce nel PARS lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del Rischio Sanitario in ottemperanza agli obiettivi strategici di rischio indicati dalla Regione. Tale strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l’interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione, l’aggiornamento.

L’ottica è sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell’organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione Aziendale deve assicurare la diffusione del PARS ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali

- o **Pubblicazione sul sito internet aziendale;**
- o **Presentazione del Piano nell’ambito dei corsi di formazione sul Rischio Sanitario;**
- o **Capillare diffusione del PARS, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.**

Il presente documento, fatto salve le specifiche e motivate specificità della Struttura in questione, è stato elaborato rispettando il "*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)*" adottato dalla Regione Lazio – Direzione Salute ed integrazione socio-sanitaria – con Determinazione del 25 gennaio 2022 n. G00643 e rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale della Residenza Sanitaria Assistita "Il Tetto" per il contenimento del rischio sanitario.

Il documento è stato elaborato con il concorso, la condivisione e il coinvolgimento attivo dei professionisti dei settori interessati, per ottenere una aderenza alla realtà aziendale più ampia possibile.

Il Responsabile sanitario della Struttura si assicura che il PARS sia predisposto e presentato, entro la data fissata ogni anno, per l'approvazione e l'adozione da parte dell'ente.

La direzione aziendale assicura che venga inviato, nei termini, al Centro Regionale Rischio Clinico all'indirizzo e-mail : [crcc@regionelazio.it](mailto:crcc@regionelazio.it)



## 2. IL RISCHIO CLINICO E LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

### 2.1 IL RISCHIO CLINICO E IL RELATIVO PIANO (PARM)

La probabilità che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di *"rischio clinico"* e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di *"gestione del rischio clinico"* o, in inglese, "risk management", per la prevenzione degli errori evitabili e il contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, per la garanzia della sicurezza dei pazienti.

La gestione del rischio clinico in sanità ha, pertanto, l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

Il *"rischio clinico"* è definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un *"evento avverso"*, cioè subisca un qualsiasi *"danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"*.

Con l'entrata in vigore della Legge 24/2017 - *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* - il legislatore ha posto l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute. Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. *"rischio clinico"* conseguente all'attività medico-sanitaria e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi relativi al monitoraggio, prevenzione e gestione del Rischio Sanitario che può essere arginato attraverso iniziative che hanno come obiettivo la riduzione

delle probabilità del verificarsi di eventi avversi durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

L'attività di Risk management si sviluppa in più fasi :

- ❖ conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle cliniche, utilizzo degli indicatori, ecc.);
- ❖ individuazione e correzione delle cause di errore;
- ❖ analisi di processo;
- ❖ monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- ❖ implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un'ottica di prevenzione e non di repressione. Ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore commesso da un Operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ed è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile in quanto potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia; un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali; un insufficiente addestramento del personale; le caratteristiche delle confezioni dei farmaci con l'attribuzione di nomi facilmente confondibili; dosaggi e vie di somministrazione equivocabili, ecc..

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause dell'errore e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un "Evento Avverso", cioè un evento indesiderabile che

comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, **indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente.**

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli "Eventi Avversi" (EA), ma anche quella dei "quasi eventi" o near miss (NM).

### ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

<p><b>ERRORE NELL'USO DEI FARMACI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Errori di prescrizione</li> <li>✦ Errori di preparazione</li> <li>✦ Errori di trascrizione</li> <li>✦ Errori di distribuzione</li> <li>✦ Errori di somministrazione</li> <li>✦ Errori di monitoraggio</li> </ul>
<p><b>ERRORI NELLA TEMPISTICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Ritardi nel trattamento farmacologico</li> <li>✦ Ritardo nella diagnosi</li> <li>✦ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici</li> </ul>
<p><b>ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Non eseguite</li> <li>✦ Programmate ma non eseguite</li> <li>✦ Eseguite in modo inadeguato o scorretto</li> <li>✦ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato</li> <li>✦ Non appropriate</li> </ul>
<p><b>ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Uso in condizioni non appropriate</li> <li>✦ Istruzioni inadeguate</li> <li>✦ Pulizia non corretta</li> <li>✦ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista</li> <li>✦ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)</li> </ul>

La legge 24 richiede che in tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, siano valutati gli errori degli operatori sanitari e vengano adottate politiche per prevenirli e gestirli. Il suo obiettivo principale è di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Ricerca la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli Operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di Evento Avverso è necessaria un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno l'Ufficio dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria una relazione annuale sugli Eventi Avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni Evento Avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Altro importante compito dell'azienda sanitaria è la "*mappatura dei rischi*". Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti. Altri strumenti utilizzati sono il sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting),

**l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale.**

Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda stessa in quanto incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e gli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto Eventi Avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato.

L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il risk management si interessa della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

### **2.1.1. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI**

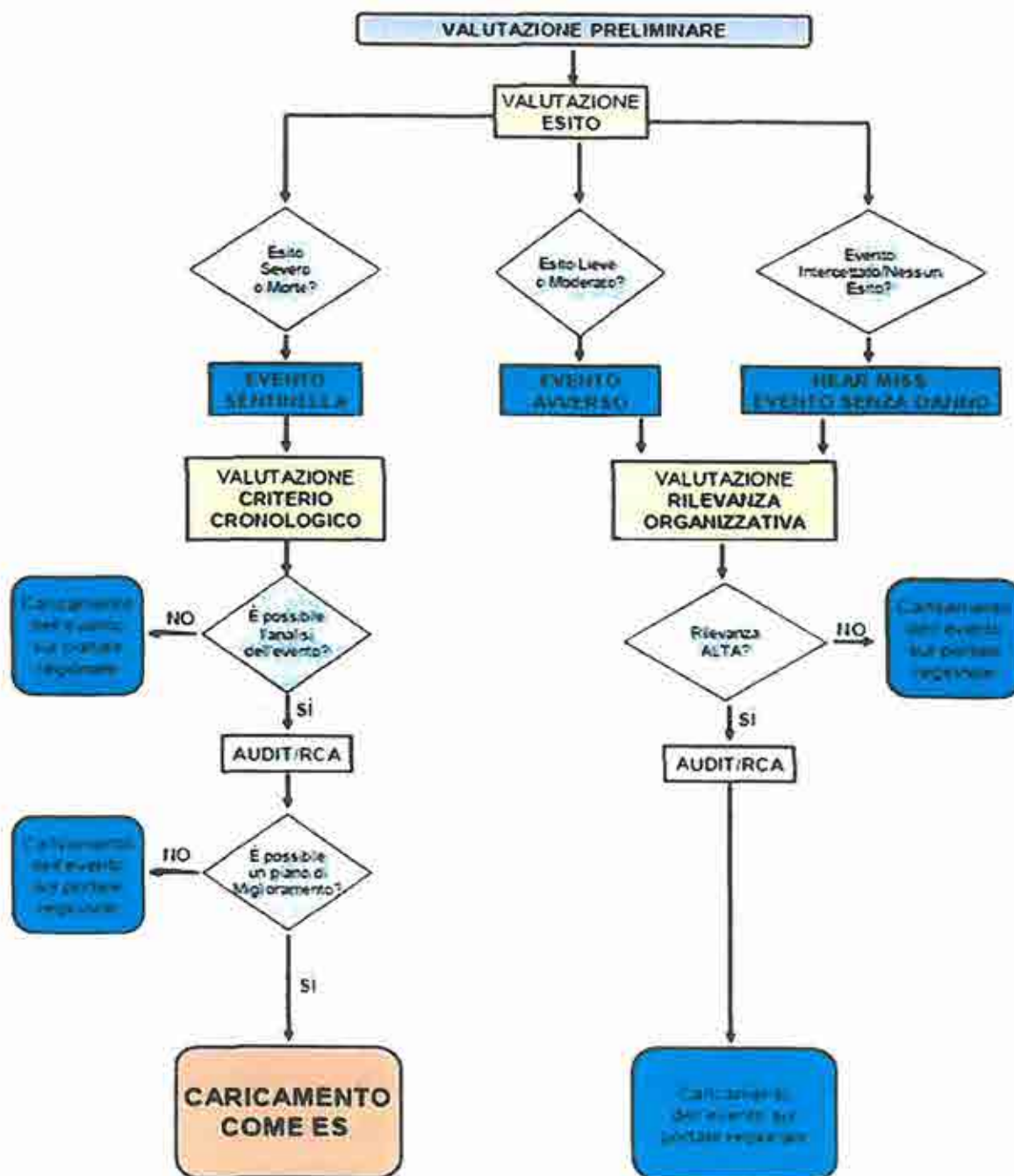
**Centro Regionale Rischio Clinico Lazio "Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" del 6 luglio 2021.**

Nella gestione del rischio sanitario, la corretta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione di interventi di miglioramento. L'evento che si verifica in un sistema complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, difficilmente riconosce un rapporto lineare del tipo causa-effetto, essendo in genere determinato da un complesso di più fattori e fortemente influenzato dal contesto e dal setting assistenziale in cui si verifica.

Il CRRC della Regione Lazio, nel 2021, ha predisposto un "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*" per una corretta definizione della tipologia di evento, che risulta fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi, la progettazione di interventi di miglioramento nonché per la corretta alimentazione del Portale Regionale relativo agli Eventi Sentinella.

Si riporta, di seguito, il diagramma di flusso per la classificazione degli eventi, rinviando al Documento del CRRC Lazio la trattazione dei Criteri per la classificazione degli eventi.

**2.1.2. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI**



### 2.1.3. IL RISCHIO INFETTIVO

Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha subito profonde trasformazioni passando dagli ospedali, che rappresentavano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi sanitari, alla moltiplicazione dei luoghi di cura extra ospedalieri (residenze sanitarie, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, rsa, ecc.) e, pertanto, si è reso necessario superare il concetto di *"infezioni ospedaliere"* con quello di *"infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria"* (ICA).

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che insorgono durante il ricovero in una struttura sanitaria, o, in alcuni casi, successivamente alla dimissione del paziente, e che non erano clinicamente manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria. Sono, pertanto, infezioni riferibili, per tempo di incubazione, al ricovero.

Avendo le ICA un costo, in termini di salute ed economici, per il paziente e per la struttura sanitaria, si è reso necessario adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire e controllare la trasmissione di infezioni negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere e, quindi, pianificare ed adottare le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio di complicità infettive.

Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle del personale sanitario e/o altri soggetti che frequentano la struttura sanitaria. Per definizione, quindi, sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti sanitari di ricovero correlate all'episodio assistenziale.

Un importante motivo di interesse nel controllo delle ICA è la loro parziale prevenibilità, in quanto seppure non è possibile pervenire alla completa eliminazione del fenomeno, è assolutamente possibile la riduzione della frequenza delle ICA.

Per ridurre le ICA è necessario non solo attivare strategie per la rimozione/riduzione dei fattori di rischio, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione delle ICA, gli isolamenti microbiologici, i consumi di antibiotici ed il rispetto delle Linee Guida e delle Procedure.



Gli effetti attesi da un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono positivi innanzitutto perché una politica di riduzione delle ICA determina un guadagno in salute dei cittadini e migliora la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.

Per quanto riguarda i benefici economici attesi da un efficace programma di controllo del fenomeno, essi sono essenzialmente legati a:

- ❖ riduzione del consumo di antibiotici;
- ❖ riduzione della durata della degenza;
- ❖ miglioramento della struttura in termini di immagine, e quindi, di mercato;
- ❖ riduzione del risarcimento del danno e/o del premio assicurativo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono :

- ❑ contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- ❑ contatto tramite le goccioline emesse nell'atto di tossire o starnutire da una persona infetta a una sana che si trovi a meno di 100 cm di distanza;
- ❑ trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, ecc.);
- ❑ via aerea, attraverso microrganismi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica le Infezioni Correlate all'Assistenza come l'Evento Avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante.

Tra i fattori sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all'attuazione di pratiche assistenziali dimostrate efficaci e all'uso responsabile degli antibiotici in quanto le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antimicrobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici, che rappresenta un'emergenza a livello mondiale in quanto è un fattore di rischio per l'insorgenza di infezioni gravi e di difficile trattamento.

La lotta alle ICA e all'antimicrobico resistenza sono, pertanto, un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell'assistenza.

Fondamentale in tale contesto è il ruolo svolto dalla formazione del personale sanitario su questi temi così come fondamentale è l'educazione e l'informazione agli ospiti delle strutture sanitarie su ciò che possono fare per prevenire le ICA e sull'uso prudente degli antibiotici.

E' necessario, in conclusione, diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza".

Si richiama la Circolare Regione Lazio del 15.10.2020 che stabilisce, inoltre, per il contrasto al rischio infettivo, la realizzazione dei punti seguenti :

- *"Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)".*
- *"Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza";*
- *Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani";*
- *Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di un team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali".*

#### 2.1.4. GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica Raccomandazione del Ministero della Salute e sono inseriti tra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.

In via preliminare occorre sottolineare che, come riportato nel *"Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* predisposto dal Centro Regionale Rischio Clinico in data 6 settembre 2021, :

- a) Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **non rappresentano un problema di Rischio Clinico, ma di sicurezza del Lavoro** che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro);
- b) Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;
- c) L'alimentazione del flusso SIMES non coincide né con la valutazione degli aspetti infortunistici dell'evento né con quella degli aspetti legali, peraltro recentemente modificati (Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"*).

Le indicazioni ministeriali sull'applicazione della citata Raccomandazione sono quelle di classificare come Eventi Sentinella tutti gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **Indipendentemente dall'esito**. La segnalazione è obbligatoria anche per le *"aggressioni subite da parte dei pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti"*. Sono escluse dalla segnalazione soltanto le *"aggressioni verbali che non abbiano carattere di minaccia o intimidazione"*.

Il CRRC Lazio, nel *"Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"* del 2021, suggerisce di classificare come Eventi

Sentinella gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari per i quali si verifichi uno dei seguenti casi :

- Sia possibile la elaborazione di un piano di miglioramento specifico;
- e/o l'esito per l'operatore coinvolto o per almeno uno degli operatori coinvolti, nel caso di aggressione a più operatori, sia almeno MODERATO.

### 3. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del PARS.

<b>RISCHIO CLINICO</b>	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
<b>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
<b>APPROPRIATEZZA</b>	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
<b>ERRORE</b>	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
<b>EVENTO</b>	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.
<b>EVENTO AVVERSO (Adverse event)</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
<b>EVENTO SENZA DANNO</b>	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.
<b>EVENTO EVITATO (Near miss)</b>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
<b>EVENTO SENTINELLA</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna : a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive e il loro monitoraggio. Alcuni esempi di evento sentinella : 1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta);

	<p>3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</p> <p>4. Morte o grave danno per caduta di paziente;</p> <p>5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria;</p> <p>6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie;</p> <p>7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori;</p> <p>8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;</p> <p>9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.</p>
<b>RISCHIO</b>	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.
<b>SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)</b>	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
<b>FATTORE UMANO</b>	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
<b>ERRORE ATTIVO</b>	È per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
<b>ERRORE LATENTE</b>	È per lo più un'insufficienza organizzativa gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
<b>DANNO</b>	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
<b>SIMES</b>	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
<b>ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI</b>	Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e sono inseriti fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.
<b>GOVERNO CLINICO (Clinical governance)</b>	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

**ERGONOMIA**

Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.

**assohandicap Onlus**

Associazione con personalità giuridica

RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "IL TETTO"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

#### **4. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La Residenza Sanitaria Assistita "Il Tetto", con sede legale ed operativa in Marino (Roma) Via Pietro Nenni n. 16, ospita soggetti adulti portatori di handicap in condizioni di non autosufficienza, in regime di accoglienza permanente. La Struttura ha una capienza massima di 40 posti letto ed è organizzata per nuclei finalizzati ad offrire ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali, nonché attività di inserimento sociale a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della Legge 833/78.

Il poliambulatorio specialistico per la disabilità garantisce agli ospiti della Struttura prestazioni sanitarie in diverse branche mediche.

L'aspetto terapeutico viene curato con le migliori tecniche riabilitative e sono garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla patologia al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità della vita.

Il personale, selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, è sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'equipe sempre più affiatata.

In questo contesto la gestione del rischio sanitario affronta molti dei rischi comuni alle strutture sanitarie quali **il rischio di caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco**. Ma, in aggiunta, fronteggia altri rischi che sono correlati **alla natura particolare degli ospiti della Struttura**.

E' necessario, quindi, individuare e comprendere dove si annidino i rischi e correggere o migliorare le procedure organizzative o cliniche a seguito di strumenti analitici del risk management con il contributo dei diversi professionisti coinvolti (medici, psicologi, infermieri, ecc.).

## assohandicap Onlus

Associazione con personalità giuridica

RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "IL TETTO"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - 2023

È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di capire come prevenire in futuro. Emerge che nessuna attività di gestione del rischio può avere successo senza il contributo - attivo e quotidiano - dell'intero personale sanitario. Sono coloro che operano a tutti i livelli nelle strutture a dover segnalare cosa non

funziona e, nel contempo, ad applicare i nuovi protocolli sviluppati come risposta correttiva. Solo tenendo conto di ciò si comprende perché l'approccio al rischio sanitario è di natura culturale: l'evento avverso, l'incidente o il near miss non sono e non devono essere considerati più una "colpa". Sono eventi fisiologici che si possono verificare in una qualsiasi struttura sanitaria e devono essere segnalati senza vergogna o pudori perché è solo attraverso la trasparenza interna che si può avere un miglioramento della qualità delle cure. A fare la differenza è la capacità di accettare la sua presenza e costruire, di conseguenza, barriere che lo contengano e gli impediscano di diventare danno.

Anche la **formazione continua**, attraverso percorsi di sensibilizzazione di tutte le categorie di professionisti per l'applicazione di comportamenti e procedure per ridurre il rischio, ha l'obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio clinico in modo significativo.

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano e concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati.



**4.1. DATI GENERALI RSA "IL TETTO"**

Aggiornati al 25 febbraio 2023.			
DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "IL TETTO"		
SEDE	SEDE LEGALE ED OPERATIVA Marino (Roma) - Via Pietro Nenni, 16		
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	Roma 6		
DATI STRUTTURALI	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	POSTI LETTO N.
	01	2.710 c.a	40
AUTORIZZAZIONI/ ACCREDITAMENTO	Autorizzazione all'esercizio e accreditamento definitivo : Delibera Giunta Regionale n.362 del 15/06/2021.		
ORGANI DI GOVERNO	COMITATO DIRETTIVO PRESIDENTE : Rag. Fabrizio Battisti VICE PRESIDENTE : Dott.ssa Roberta Nuccitelli CONSIGLIERE : Dott.ssa Barbara Fortini CONSIGLIERE : Sig.ra Sabrina Angela Pavia CONSIGLIERE : Dott. Fabio Molinari		
LEGALE RAPPRESENTANTE	Rag. Fabrizio Battisti		
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Rag. Tiziana Petrocchi		
DIRETTORE SANITARIO E RESPONSABILE CLINICO	Dott. Marco Caligiuri		
PSICOLOGI	Responsabile : Dott.ssa Chiara Palamidese		
ASSISTENTI SOCIALI	Responsabile/Referente : Dott.ssa Ilaria Scappa		
INFERMIERI PROFESSIONALI	Coordinatore : I.P. Laura Di Maggi		
OPERATORI SOCIO SANITARI	Coordinatore : I.P. Laura Di Maggi		
DATI DI ATTIVITA'			
GIORNATE DI DEGENZA	ANNO	NUMERO	
	2022	14330	
SITO INTERNET	www.assohandicap.com		
e-mail	amministrazione@assohandicap.com		
PEC	amministrazione@pec.assohandicap.it		

#### **4.2. RISCHIO INFETTIVO : IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE ICA.**

Con Delibera degli amministratori del 25 febbraio 2022 l'Associazione Assohandicap Oulus ha istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CCICA) della Struttura denominata Residenza Sanitaria Assistita "Il Tetto", che si riunisce periodicamente ed è così composto :

<b>COMPOSIZIONE CCICA</b>	
<b>PRESIDENTE CC-ICA</b> Direttore Sanitario Responsabile clinico	<b>Dott. MARCO CALIGIURI</b>
<b>COMPONENTE</b> Coordinatrice Area Infermieristica e OSS	<b>Dott.ssa LAURA DI MAGGI</b>
<b>COMPONENTE</b> RSPP	<b>Dott. FRANCO DEL LUONGO</b>

Il CC-ICA ha il compito di vigilare e controllare sulle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale e di stimolare le attività e le buone pratiche finalizzate alla riduzione delle ICA.

I dati rilevati dal CC-ICA verranno analizzati dal Comitato stesso per rilevare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno delle ICA. Il Comitato vaglierà e proporrà azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati. All'interno del Comitato verrà svolta, alla luce della capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, anche una attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere il corretto uso degli antibiotici.

Da febbraio 2020, nel rispetto delle prescrizioni nazionali e regionali, vengono emanate ed aggiornate le procedure interne per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 alle quali parteciperà il CC-ICA.

Nella delibera di istituzione del Comitato per il controllo delle ICA è stata, inoltre, prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da

affrontare con funzione di consulenza.

Gli obiettivi sono i seguenti :

- ❑ Migliorare la capacità di cura;
- ❑ Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica;
- ❑ Limitare la diffusione di resistenze;
- ❑ Limitare gli eventi avversi legati a farmaci.

## 5. MAPPATURA DEL RISCHIO

ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI POSTE IN ESSERE DALLA STRUTTURA	DOCUMENTI CONTENENTI GLI ADEMPIMENTI RICHISTI
<p>Valutazione quotidiana generale del paziente, gestione della terapia farmacologica, effettuazione di visite specialistiche interne ed esterne alla Struttura.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.                      b. Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto.                      c. Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA (acronimo utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome nonché per il packaging).                      d. Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica (è un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, consente di arrivare ad una decisione prescrittiva farmacologica corretta successivamente alla transizione di cura).                      e. Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi.                      f. Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide (per la corretta gestione della terapia farmacologica orale, nei casi in cui non sia possibile somministrarle integre e quanto le attività di allestimento non siano effettuate dalla farmacia).                      Per manipolazione si intende : la divisione di compresse; la triturazione, frantumazione, polverizzazione di compresse; l'apertura di capsule).                      g. Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica.                      h. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.</p>
<p>Soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo compresa la gestione delle limitazioni motorie e la prevenzione delle iatrogenesi dovute alla sindrome da immobilizzazione e delle infezioni correlate all'assistenza.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute                      b. Piano regionale sulla prevenzione delle cadute.                      c. Documento di indirizzo regionale sulle lesioni da pressione.                      d. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>

<p>Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto-etero-lesive.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente.  b. Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza e danno degli operatori.  c. Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza e danno degli operatori sanitari.</p>
--	--

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

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una *"relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria."*

Assohandicap Onlus Associazione con personalità giuridica ha sviluppato un programma per le segnalazioni di *Near Miss* (errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito), *Eventi Avversi (EA)* (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) ed *Eventi Sentinella (ES)* (evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti) ed istituito un Comitato per l'analisi degli eventi segnalati. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di *Eventi Avversi*, *Near Miss* e criticità organizzative che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente è di fondamentale importanza per la implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza delle cure.

## 7. EVENTI SEGNALATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

TIPO DI EVENTO		NUMERO DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI (1)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS	2017	5	Strutturali (0%)	Implementazione procedure.	Sistemi di reporting (0%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovigilanza (0%) ICA (0%)
	2018	3	Tecnologici (0%)		
	2019	7	Organizzativi (0%)		
	2020	2	Procedure/		
	2021	0	Comunicazione (100%)		
	2022				
EVENTI AVVERSI	2017	3	Strutturali (0%)	Implementazione procedure.	Sistemi di reporting (0%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovigilanza (0%) ICA(0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		
	2019	2	Organizzativi (0%)		
	2020	0	Procedure/		
	2021	2	Comunicazione (0%)		
	2022	2	Cadute (100%)		
EVENTI SENTINELLA	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovigilanza (0%) ICA(0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		
	2019	0	Organizzativi (0%)		
	2020	0	Procedure/		
	2021	0	Comunicazione (0%)		
	2022	0			
CADUTE	2018	26		Implementazione procedure. Formazione operatori.	
	2019	24			
	2020	25			
	2021	23			
	2022	12			

(1) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.  
Si rimanda al Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20 luglio 2021.

## **8. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI**

### **NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

L'art. 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede che *"Le strutture sanitarie 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 stata elaborata la tabella che segue.

<b>RSA "IL TETTO"</b>			
<b>ANNO</b>	<b>NUMERO SINISTRI APERTI (1)</b>	<b>NUMERO SINISTRI LIQUIDATI (1)</b>	<b>RISARCIMENTI EROGATI (1)</b>
<b>2018</b>	0	0	0
<b>2019</b>	0	0	0
<b>2020</b>	0	0	0
<b>2021</b>	0	0	0
<b>2022</b>	0	0	0

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



**9. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

ANNO	POLIZZA Scadenza	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2018	Polizza n. 342640028	Generali	€ 8.048,37	€ 0
2019	Polizza n. 342640028	Generali	€ 8.048,37	€ 0
2020	Polizza n. 405196160	AXA	€ 7.580,80	€ 0
2021	Polizza n. 405196160	AXA	€ 7.580,80	€ 0
2022	Polizza n. 405196160	AXA	€ 7.580,80	€ 0

La tabella è ovviamente compilabile solo dalle Strutture che hanno una copertura assicurativa .  
Quelle che gestiscono direttamente i sinistri potranno limitarsi ad indicare la Deliberazione o  
l'atto amministrativo con cui si è introdotta la gestione diretta.

## 10. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

Si precisa, preliminarmente, che nel corso dell'anno 2022 si registrano n. 02 Eventi Avversi relativi a cadute dei pazienti, non sono stati segnalati "eventi indesiderati", non sono stati segnalati e/o riscontrati "eventi sentinella" e "near miss".

Pertanto, il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2022 è il seguente :

- Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 12 di cui n. 02 con danno al paziente.
- Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 0
- Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 0
- Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- Segnalazioni relative ad aggressioni verbali nei confronti di operatore = n. 0
- Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore = n. 0
- Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 0
- Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 0
- Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 03

Nel corso dell'anno 2022 si è perseguita una politica di Gestione del rischio sanitario, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

## 11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità

- quella del Direttore Sanitario che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Regionali ed Aziendali in materia di Rischio Sanitario e ne monitorizza l'implementazione;

- quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire alla Direzione Sanitaria e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

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

AZIONE	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE	STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE DI SUPPORTO
REDAZIONE DEL PARS E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	-
APPROVAZIONE E ADOZIONE DEL PARS CON DELIBERA	I	R	-
DIFFUSIONE DEL PARS	C	R	C
MONITORAGGIO DEL PARS	R	I	C
PUBBLICAZIONE DEL PARS SUL SITO WEB	I	R	C
INVIO DEL PARS AL CRRC NEI TERMINI	I	R	C

## **12. OBIETTIVI E ATTIVITA'**

### **12.1. OBIETTIVI**

La stesura del PARS e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli Operatori, la comunicazione tra i diversi soggetti aziendali, contribuisce alla formazione della cultura della sicurezza delle cure per il contenimento degli eventi avversi e al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate. Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli Operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Il PARS si propone, quindi, di ridurre il rischio sanitario e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di Linee Guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

La Direzione Sanitaria rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, la Direzione Sanitaria coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio sanitario.

Il PARS fornisce alla Direzione Aziendale un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il la Direzione Sanitaria per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS e la riuscita degli interventi in questo proposti. Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la *mission* dell'ente è stata identificata, per l'anno 2023, la implementazione dei seguenti obiettivi strategici :

- 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 che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità della Struttura Sanitaria, 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, **Per il quale è stato fatto un cordo di formazione a tutto il personale nel 2022**
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
- E) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- F) Partecipare alle attività regionali sul Rischio Sanitario.

## 12.2. ATTIVITA' 2023

Il Piano delle attività che sono previste nell'anno 2023 per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 8.1 da continuità al percorso intrapreso dalla Struttura sanitaria negli anni precedenti.

In particolare, tenuto conto delle esigenze e delle limitazioni per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 e delle priorità da questa richieste, si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno della Struttura aziendale. Tale modello, oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra gli Operatori che verso il Paziente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda.

Legenda : **M** = Mandatorie **FR** = Fortemente raccomandate

<p><b>OBIETTIVO</b> <b>A)</b></p>	<p>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.</p>
<p><b>ATTIVITA' 1</b> <b>M</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il PARS 2023 verrà portato a conoscenza del Comitato Direttivo dell'Ente e di tutti gli Operatori Sanitari.</li> <li>• Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e della sicurezza dei pazienti, anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.</li> </ul> <p>Sarà svolto un corso di formazione dal titolo "Corso base sul Rischio Sanitario", obbligatorio per tutti gli Operatori Sanitari.</p>
<p><b>ATTIVITA' 2</b> <b>M</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, con particolare riguardo alla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19.</li> </ul> <p>Sarà svolto un corso di formazione "Monitoraggio e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza", obbligatorio per tutti gli operatori sanitari.</p>

ATTIVITA' 3 M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione di attività di informazione/formazione degli Operatori sull'uso degli antibiotici.</li> </ul>
OBIETTIVO B)	<p>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.</p>
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con riguardo alla emergenza sanitaria CoV-SARS-2 in atto si procederà sulla linea del 2021 e 2022, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale, per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione.</li> <li>• Implementazione delle procedure per il rispetto delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti e operatori.</li> <li>• Attività di verifica delle procedure avviate.</li> <li>• Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit.</li> </ul>
ATTIVITA' 2 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.</li> <li>• Sicurezza farmaci : Report analisi delle eventuali difformità riscontrate.</li> <li>• Applicazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" elaborato dalla Regione Lazio.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 12 Ministero Salute sui farmaci LASA.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 17 Ministero Salute sulla riconciliazione farmacologica.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 18 Ministero Salute sull'uso di sigle e acronimi.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 19 Ministero Salute sulla manipolazione di forme orali solide.</li> </ul>
ATTIVITA' 3 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2022 utilizzando una chek list ad hoc. A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale "La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management". Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione,aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</li> </ul>
ATTIVITA' 4 M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadute : Piano di Prevenzione e Gestione delle Cadute.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 13 Ministero Salute sulla prevenzione delle cadute.</li> </ul>

<p><b>ATTIVITA' 5</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione procedure prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</li> <li>• Implementazione della Raccomandazione n. 08 Ministero Salute sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori.</li> <li>• Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</li> </ul>
<p><b>OBBIETTIVO</b> C)</p>	<p>Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>
<p><b>ATTIVITA' 1</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione delle procedure attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani", 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.</li> <li>• Attività di verifica delle procedure avviate.</li> <li>• Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit.</li> </ul>
<p><b>OBBIETTIVO</b> D)</p>	<p>Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (infezioni da CRE).</p>
<p><b>ATTIVITA' 1</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.</li> <li>• Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti.</li> <li>• Attività di verifica delle procedure avviate.</li> <li>• Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo di audit.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 2</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche dell'uso degli antibiotici.</li> <li>• Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva.</li> <li>• Sviluppo programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l'individuazione di un referente esperto a supporto del CC-ICA, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 3</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 4</b> M</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria.</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 5</b> FR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA.</li> </ul>



ATTIVITA' 6 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batterimie da CRE.</li> </ul>
ATTIVITA' 7 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.</li> </ul>
ATTIVITA' 8 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborazione di report su : a) diffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento; b) mappe di famacoresistenza, integrato con i dati di consumi di farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.</li> </ul>
OBIETTIVO E)	Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture.
ATTIVITA' 1 FR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti.</li> <li>Attività del Tavolo permanente istituito per la Sicurezza aziendale, coordinato dal Responsabile sanitario.</li> </ul>
OBIETTIVO F)	Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni, tavoli regionali, sul Rischio Sanitario, anche i video conferenza.</li> <li>Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Sanitario.</li> </ul>
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali sul Rischio Sanitario da diffondere a tutti gli operatori.</li> </ul>

### 13. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Sanitario che la Regione Lazio ha definito nel 2022 (Determinazione n. G00643 del 25.01.2022) nello specifico allegato "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

Per ogni attività è 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 SI/NO, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere.

Sono stati indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

#### LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA' PREVISTE NEL 2023 E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

<b>OBIETTIVO A)</b>	<b>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.</b>			
	<b>ATTIVITA' 1</b> Diffusione del PARS 2023 a tutti gli operatori sanitari. <b>Indicatore</b> : Invio a mezzo mail personale, presentazione nella Struttura a cura del Responsabile Sanitario, pubblicazione sul sito web aziendale. <b>Standard</b> = 100%			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Struttura Amministrativa	
	C	R	C	

	<b>ATTIVITA' 2</b> Monitoraggio PARM 2023			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale		
	R	C		

	<b>ATTIVITA' 3</b> Progettazione ed esecuzione del corso dal titolo "Corso base sul Rischio Sanitario". Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2023. Partecipazione al Corso : Standard $\geq$ 80%			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Ufficio Formazione Corpo Docente
Progettazione del Corso	R	C	C	C
Eventuale accreditamento del Corso	I	C	R	I
Organizzazione del Corso	C	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	C	R
Documentazione evento	I	I	C	R

	<b>ATTIVITA' 4</b> Progettazione ed esecuzione del corso dal titolo "Monitoraggio e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza", entro il 31.12.2023, Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. <b>INDICATORE</b> : Esecuzione del corso entro il 31/12/2023. Partecipazione al Corso : Standard $\geq$ 80%			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>	<b>Vertice Aziendale</b>	<b>Ufficio Formazione Corpo Docente</b>
Progettazione del Corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Eventuale accreditamento del Corso	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Organizzazione del Corso	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Documentazione evento	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

	<b>ATTIVITA' 5</b> Organizzazione di attività di informazione/formazione del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. <b>INDICATORE</b> : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione: Standard $\geq$ 80%			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>Presidente CC-ICA</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>Vertice Aziendale</b>	<b>Ufficio Formazione Corpo Docente</b>
	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

<b>OBIETTIVO B)</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.
---------------------	--

	<p><b>ATTIVITA' 1</b>          Elaborazione/Revisione/Implementazione delle procedure e raccomandazioni per la prevenzione e il contenimento del contagio da SARS-CoV-2.          Implementazione delle procedure per la sicurezza dei pazienti e delle raccomandazioni Ministeriali.          Attività di verifica sulle procedure avviate.  <b>Indicatore</b> : Riunioni ≥ 4/anno  <b>Standard</b> = Partecipazione ≥ 80%</p>
--	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Medico competente RSPPP Responsab. Personale	Operatori sanitari
STESURA/ IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE	I	R	I	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	C	R	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C

<p><b>ATTIVITA' 2</b>                  Programma farmaci (gestione archivio; segnalazione farmaci in scadenza, ecc.);                  Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione                  farmaci su paziente corretto.  <b>INDICATORE</b> : Numero di pazienti da verificare.                  Standard per singola verifica <math>\geq 05</math></p>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Personale Sanitario	
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C	
ESECUZIONE	R	C	C	
REPORT	R	C	I	

<p><b>ATTIVITA' 3</b>                  Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di                  risk management.  <b>INDICATORE</b> : Numero di cartelle verificate.                  Standard <math>\geq 10</math>                  Valutazione qualità : sufficienza <math>\geq 60</math></p>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Personale Sanitario	
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C	
ESECUZIONE	R	C	C	
REPORT	R	C	C	

<p><b>ATTIVITA' 4</b>                  Prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari mediante                  istituzione di apposito gruppo di lavoro.  <b>INDICATORE</b> : SI</p>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Responsabile Gruppo di Lavoro	Gruppo
CREAZIONE DEL GRUPPO	C	R	C	I
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	C	R	C
REPORT	I	I	R	I

<b>OBIETTIVO</b> C)	Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.
------------------------	---

	<p><b>ATTIVITA' 1</b></p> <p>Implementazione delle procedure attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CCRC nel 2022 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani", 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.</p> <p><b>INDICATORE : SI</b></p>
--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	C	C	R	
ESECUZIONE PROGRAMMA	C	C	R	
VERIFICHE PROGRAMMA	R	I	C	
REPORT	C	I	C	

<b>OBBIETTIVO D)</b>	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (infezioni da CRE).
--------------------------	--

	<b>ATTIVITA' 1</b> Monitoraggio epidemiologico sulle ICA <b>INDICATORE</b> : Il CC-ICA approverà uno schema di massima per la conduzione delle indagini epidemiologiche interne. Riunioni del personale medico e infermieristico trimestrali <b>Standard</b> ≥ 4/anno.			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
CREAZIONE SCHEMA	C	C	R	C
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

	<b>ATTIVITA' 2</b> Monitoraggio del consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche. <b>INDICATORE</b> : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti <b>Standard</b> ≥ 3/anno. Monitoraggio acquisti <b>Standard</b> ≥ 2 anno			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C



	<b>ATTIVITA' 2</b> Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. <b>INDICATORE</b> : Riunioni del personale medico o infermieristico sull'uso degli antibiotici. Standard $\geq 3$ /anno Monitoraggio cartelle cliniche - Standard $\geq 10$ /anno.			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>	R	C	C	C

	<b>ATTIVITA' 3</b> Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. Valutazione dei prodotti impiegati. <b>INDICATORE</b> : Verifiche ed ispezioni almeno mensili. Standard $\geq 12$ /anno.			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>	R	C	C	C

	<b>ATTIVITA' 4</b> Sviluppo di un programma sul buon uso degli antibiotici. <b>INDICATORE</b> : SI			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	
<b>PROGETTAZIONE PROGRAMMA</b>	C	C	R	
<b>ESECUZIONE PROGRAMMA</b>	C	C	R	
<b>VERIFICHE PROGRAMMA</b>	R	C	C	

	<p><b>ATTIVITA' 4</b>                  Procedura gestione biancheria.                  Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria.                  Valutazione dei mezzi impiegati.  <b>INDICATORE : Verifiche ed ispezioni almeno mensili</b>  <b>Standard ≥ 12/anno</b></p>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>Presidente CC-ICA</b>	<b>Vertice Aziendale</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>Medico del Lavoro RSPP</b>
<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

<b>OBIETTIVO E)</b>	Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture.
---------------------	---

	<p><b>ATTIVITA' 1</b>                  informazione e sensibilizzazione degli utenti/ pazienti e del personale.                  In fase di ingresso nella Struttura l'utente/paziente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda.                  Si procederà sulla linea tenuta nel corso del 2021 e 2022 per le informazioni sul corretto uso dei DPI.                  Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani.                  Installazione di ulteriori dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori.  <b>INDICATORE</b> : Partecipazione.  <b>Standard</b> ≥ 80%</p>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	
<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>	R	C	C	

	<p><b>ATTIVITA' 2</b>                  Rilevazione della qualità percepita dagli ospiti/pazienti.  <b>INDICATORE</b> : Numero di pazienti/parenti da intervistare.  <b>Standard</b> ≥ 20 anno.</p>		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Personale sanitario
<b>MONITORAGGIO E VERIFICHE</b>	C	R	C
<b>ANALISI</b>	R	C	C
<b>CORRETTIVI</b>	R	R	C

<b>OBIETTIVO F)</b>	<b>Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario</b>
---------------------	---

	<p><b>ATTIVITA' 1</b>          Assicurare la partecipazione ai tavoli regionali sul Rischio Sanitario e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali; anche in video conferenza.          Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Sanitario. L'Azienda conferma la volontà di aderire a tutte le attività regionali e di favorire l'aggiornamento professionale mirato alla applicazione pratica e alla soluzione dei problemi.  <b>INDICATORE : Numero eventi</b>  <b>Standard : 1</b></p>
--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale		
<b>PERMESSI</b>	-	R		
<b>PARTECIPAZIONE AI LAVORI</b>	R	I		

## 14. DIFFUSIONE DEL PARS. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Il PARS 2022 è approvato ed adottato con deliberazione del Comitato Direttivo.

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività in esso previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso :

- ❑ La presentazione al Comitato Direttivo.
- ❑ La pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale.
- ❑ Lo svolgimento di incontri presso la Struttura Operativa promossi dalla Direzione Sanitaria per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.
- ❑ Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori della Struttura.
- ❑ Svolgimento di corsi di formazione diretti al personale.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del Rischio Sanitario e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di *near misses*, Eventi Sentinella ed Eventi Avversi; riguarda, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del Rischio Sanitario, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima :

- è mirata agli specifici bisogni formativi;
- è costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti) ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- prevede l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- è continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale viene, inoltre, previsto almeno nelle seguenti attività :

- a) costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- b) progetti di miglioramento;
- c) costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e i cittadini pazienti;
- d) effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie; della formazione;
- e) audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

## 15. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA

### NAZIONALI

- ❑ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.i. ”*;
- ❑ 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”*;
- ❑ 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”*;
- ❑ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES)”*;
- ❑ Decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009 *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)”*;
- ❑ 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 L. 5 giugno 2003, n° 131;

### REGIONALI

- ❑ Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante *“Istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente con la denominazione di “Centro Regionale Rischio Clinico” ai sensi della L. 24/2017;*

- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 del 29 ottobre 2018 recante *“Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”*;
- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U00517 del 24 dicembre 2019, recante *“Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”*;
- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 e s.m.i. recante *“Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*;
- ❑ Determinazione n. G00163 del 11 gennaio 2019 *“Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)”*;
- ❑ Determinazione n° G00164 dell’11 gennaio 2019 - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio - *“Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*;
- ❑ Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante *“Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio”*;
- ❑ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali - Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 - Approvazione *“Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”*;
- ❑ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del *“Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”*;
- ❑ Regione Lazio – Decreto del Commissario ad acta (Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n. U00490 del 21.10.2015 – Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.



- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *"Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale"*;
- Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, *"Contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"*;
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016;
- 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"*;
- DCA n. 490 del 21.10.2015 : Adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella del 6 luglio 2021.
- Decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 - 2018. Progetto 7.3, *"Contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"*.
- DCA n. 00563 del 24.11.2015 con il quale è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) per la elaborazione delle Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i CC-ICA della Regione Lazio.
- *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.*
- *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - "Comunicazioni relative all'elaborazione del PAICA 2021"*.

- ❑ *Circolare Regione Lazio prot.391183 del 30.04.2020 "Emergenza Covid - Azioni di Fase IV".*
- ❑ *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - "Comunicazioni relative all' elaborazione del PAICA 2021".*
- ❑ *DCA U0008 del 10/02/2011 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie".*
- ❑ *DCA n. 490/2015 ; adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accREDITAMENTO.*
- ❑ *CRRC – "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" del 19.02.2021.*

#### **SITOGRAFIA**

- ❑ Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

- ❑ Regione Lazio. Rischio Clinico.

<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>

- ❑ AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.

<http://www.agenas.it/aree-tematiche>