

# **PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO (PARS)**

**CASA DI CURA "VILLA SILVANA"**

**Unità di Risk Management  
Responsabile dott. Siro Simeoni**

**- ANNO 2022-**

## INDICE

1) Premessa.....	3
1.1) Contesto Organizzativo.....	6
1.2) Introduzione al Piano Annuale della Gestione del Rischio Sanitario (PARS).....	8
1.3) Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA).....	8
2) Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti erogati.....	10
3) Descrizione della posizione assicurativa.....	11
4) Resoconto delle attività del Piano Precedente.....	11
4.1) Resoconto del PARM 2021.....	11
4.2) Resoconto del PAICA 2021.....	13
5) Matrice delle Responsabilità del PARS.....	16
6) Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Sanitario.....	17
6.1) Obiettivi 2022 per la Gestione del Rischio Sanitario (ex PARM).....	17
6.2) Attività 2022 per la Gestione del Rischio Sanitario (ex PARM).....	17
7) Obiettivi e attività per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA).....	19
7.1) Obiettivi 2022 per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA).....	19
7.2) Attività 2022 per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA).....	20
8) Modalità di Diffusione del PARS.....	22
9) Riferimenti Normativi.....	22
10) Bibliografia.....	24

## **1. PREMESSA: dal PARM al PARS.**

La gestione del rischio o *Risk Management* è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori.

Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il *Risk Management* s'interessa quindi 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 spaziando da un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra *Risk Management* e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse ma anche sulla tutela del paziente.

La Legge Gelli, qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla

gestione del rischio è stato considerato, per le strutture sanitarie operanti nella Regione Lazio, il PARM ossia il Piano Annuale di Risk Management, che ha consentito di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli come sarà di seguito declinato. Questo strumento ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, presenti nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità, che sono:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errorinelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *near miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio ha inteso promuovere mediante l'emanazione delle Linee Guida di Indirizzo (dapprima con la determinazione n. G04112 dell'1.4.2014 quindi con la successiva n.G12355 del 25.10.2016), pur tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna azienda, la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico.

Alla gestione del rischio è data priorità anche nel recente Decreto del Commissario ad Acta del 7 novembre 2017, n. U00469, contenente il manuale di accreditamento per le strutture sanitarie regionali.

Lo scopo del vecchio Piano Annuale di Risk Management (PARM) è stato quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il PARM ha riguardato quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme ed è consistito in azioni che hanno incluso: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione.

Le attività che si sono realizzate attraverso il PARM e che hanno fatto per questo, parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel vecchio PARM, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati così come declinati nella sezione 3 (obiettivi) e nella sezione 4 (attività e matrice delle responsabilità), ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

A partire da quest'anno, si parlerà di **PARS (Piano Annuale della Gestione del Rischio Sanitario)**, che racchiuderà in un unico documento i vecchi PARM e PAICA.

## 1.1 Contesto Organizzativo

La Casa di Cura “Villa Silvana” si compone dei seguenti reparti:

- Un Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione con Reparto di Riabilitazione Funzionale, destinato all’assistenza di soggetti portatori di patologie di natura Neurologica e Ortopedica, dotato di palestre, due piscine con idromassaggio e camminamenti acquatici, Reparto di Day-Hospital Riabilitativo annesso al reparto di Riabilitazione, che accoglie tutti quei pazienti che necessitano di assistenza riabilitativa prolungata.
- Centro di Fisiokinesiterapia ambulatoriale, funzionalmente e strutturalmente collegato al Reparto ed al Day-Hospital.
- Una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) ad Alto Livello Assistenziale specializzata nell’area della Senescenza e della Disabilità.
- Un Reparto Hospice per l’erogazione di Cure Palliative a pazienti in regime residenziale e domiciliare.
- Ambulatori Medici e diagnostici, 1 Laboratorio di Analisi, 1 Unità operativa di Radiologia.

I reparti oggetto del presente PARS sono i seguenti:

- A) Unità di Riabilitazione Funzionale: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 30 posti letto, di cui 27 pp.ll. (1° piano Corpo A e B) in regime residenziale e 3 pp.ll. in Day-Hospital (piano terra Corpo B);
- B) R.S.A ad Alto Livello Assistenziale (Mantenimento A): capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 93 posti letto (2° e 3° piano Corpo A, 1° piano Corpo C)
- C) Reparto Hospice: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 50 posti letto, di cui 10 pp. ll. (1° piano Corpo E) in regime residenziale + 40 pp. ll. in regime di Assistenza domiciliare;
- D) Ambulatorio Polispecialistico (piano terra Corpo A e B) con Servizi di Diagnosi e Cura utilizzabili anche per pazienti esterni;
- E) Poliambulatorio di Odontoiatria (piano terra Corpo A) con servizi di Radiologia diagnostica compreso Ortopantomografo utilizzabili anche per pazienti esterni;
- F) Laboratorio di Analisi Cliniche;
- G) Radiologia diagnostica.

*Tab. 1 - Presentazione dati di attività Casa di Cura "Villa Silvana" - Aprilia (LT)*

<b>CASA DI CURA "VILLA SILVANA"</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>POSTI LETTO ORDINARI</b>	<b>130</b>	<b>Riabilitazione Cod.56</b>	<b>27 pp.II.</b>
		<b>Hospice Residenziale</b>	<b>10 pp.II.</b>
		<b>RSA</b>	<b>93 pp.II.</b>
<b>POSTI LETTO DOMICILIARI</b>	<b>40</b>	<b>Hospice Domiciliare</b>	<b>40 pp.II.</b>
<b>POSTI LETTO DIURNI</b>	<b>3</b>	<b>Riabilitazione Cod.56</b>	<b>3 pp.II.</b>
<b>DATI DI ATTIVITA' * (Anno 2021)</b>			
<b>NUMERO TOTALI RICOVERI: 1088</b>			
<b>NUMERO RICOVERI ORDINARI</b>		<b>Riabilitazione Cod.56</b>	<b>291</b>
		<b>Hospice Residenziale</b>	<b>185</b>
		<b>RSA</b>	<b>116</b>
<b>NUMERO RICOVERI DOMICILIARI</b>		<b>Hospice Domiciliare</b>	<b>447</b>
<b>NUMERO RICOVERI DIURNI</b>		<b>DH Riabilitazione Cod.56</b>	<b>49</b>
<b>BRANCHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b>	<b>28</b>	<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE</b>	<b>29.216</b> (Escluse le analisi di laboratorio)
<b>RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b>		<b>PRESTAZIONI EROGATE</b>	<b>1568</b>

*\* Dati forniti dall'Ufficio Ragioneria e Ufficio Ricoveri, aggiornati al 31.12.2021*

## **1.2 - INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2022**

La stesura del presente PARS, segue le indicazioni presenti nella Determina della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)**” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato **PARS**, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP);

L’attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto nei PARM precedenti per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l’errore come una opportunità di apprendimento.

Infatti le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Obiettivo del Piano, è di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che invece, gestisce i rischi attraverso il passaggio da un processo reattivo ad un processo prevalentemente pro-attivo e preventivo.

## **1.3 - GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (ex PAICA)**

Nel 2019 è stato istituito presso la nostra struttura il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA). Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi



multi farmaco resistenti;

- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA;

E' attivo il monitoraggio sul consumo di antibiotici e vengono elaborati periodici report sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Il presente documento per la gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA), viene elaborato secondo le indicazioni regionali emerse nella riunione del Tavolo del Rischio Clinico Regionale del 17.12.2021.

## 2. Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti erogati

Il presente Piano Annuale di Rischio Sanitario, relativo all'anno 2022, è il quinto documento sul rischio sanitario della Casa di Cura "Villa Silvana", oggi definito **PARS** da quando con la Determina della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 si sono unificati in un solo documento, il PARM e il PAICA.

Si riportano in tabella 2 gli eventi segnalati nel 2021.

**Tab. 2 - Eventi occorsi dal 01/01 al 31/12/ 2021 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di Evento	N° (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Legati al paziente (100%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%)	Sistemi reporting (100 %)
Eventi Avversi	10 (100%)	Legati al personale (0%) Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)	Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (100%)	Sinistri (0%) Farmacovigil. (0%) ICA (0%)
Eventi Sentinella	0			

Si riporta in tabella 3 la situazione della sinistrosità relativa all'ultimo quinquennio. Nel 2021 si sono registrati 2 sinistri.

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	4	0	0
2020	1	0	0
2021	2	0	0
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 3. Descrizione della posizione assicurativa

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Massimale	Brokeraggio
2019	31/01/2018-31/01/2019	Generali	69.682,50 €	5.000,00 €	2.000.000,00 €	Ag. Corso Trieste Roma
2020	31/01/2019-31/01/2020	Generali	69.682,50 €	5.000,00 €	2.000.000,00 €	Ag. Corso Trieste Roma
2021	31/01/2020-31/01/2021	Generali	69.682,50 €	5.000,00 €	2.000.000,00 €	Ag. Corso Trieste Roma
2021	31/01/2021-31/01/2022	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	10.000.000,00 €	Willis Italia

### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

#### 4.1 - Resoconto del PARM 2021

Nell'anno 2021 è stato attuato il quinto PARM. Gli obiettivi realizzati sono di seguito elencati.

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente (PARM 2021)

Obiettivo 1 - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1. Implementazione e modifica della Scheda di Incident Reporting	Si	E' stata modificata la Scheda nella parte dove si elencano, Evento Avverso, Quasi Evento e Evento Sentinella. Nella vecchia scheda le voci erano troppo ravvicinate e potevano indurre in errore.

<b>Obiettivo 2 – Miglioramento della appropriatezza assistenziale e organizzativa</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 2.</b> Prevenzione, gestione e monitoraggio delle Cadute	Si	Sono pervenute in Direzione Sanitaria nel corso dell'anno 2021, n°38 schede così suddivise: -16 cadute in RSA (11 femmine; 5 uomini) -20 cadute in Riabilitazione (15 femmine; 5 maschi) -2 cadute in Hospice (2 maschi) con un decremento generale del numero di cadute di circa il 5%, rispetto al 2020 poiché erano pervenute n° 40 schede. Nel totale di queste 38 cadute, la netta maggioranza è costituita dalle donne con 26 casi e 12 maschi. Si è trattato quasi sempre di eventi avversi di lieve entità, tranne in alcuni casi con ferite lacero-contuse ed ecchimosi.
<b>Attività 3.</b> Prevenzione, gestione e monitoraggio delle Lesioni da Decubito (LDD)	No	A causa della Pandemia e del Cluster Covid-19, non è stato possibile portare avanti il Monitoraggio.
<b>Attività 4.</b> Monitoraggio della Scheda di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica	Si	Alla implementazione della Raccomandazione Ministeriale n°17: "Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica", ha fatto seguito un controllo sull'uso della scheda nei Reparti (presenza in cartella clinica e suo corretto uso). Anche l'anno scorso abbiamo continuato ad effettuare Audit nei vari Reparti per il controllo della applicazione nella attività ordinaria della Scheda di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica.
<b>Attività 5.</b> Monitoraggio dell'uso della Scheda di Incident Reporting	Si	Con l'inserimento della Scheda Incident Report (IR) in tutta l'Organizzazione Sanitaria per il monitoraggio degli Eventi Avversi, Near Misses ed Eventi Sentinella, attraverso la cassetta destinata alla sua raccolta, sono pervenute al Risk Manager nel 2021, solo n°9 schede di segnalazione compilate dal nostro personale.
<b>Attività 6.</b> Informazione e prevenzione aggressioni e violenze sugli Operatori Sanitari. Elaborazione scheda di segnalazione	No	A causa della Pandemia e del Cluster Covid-19 in struttura, non è stato possibile perseguire questo obiettivo.

<b>Obiettivo 3 – Informazione al paziente sulla sicurezza</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 7.</b> Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	No	Non è ancora stato istituito.
<b>Attività 8.</b> Procedure straordinarie per Covid-19	Si	-Riorganizzazione degli accessi alla struttura per il rafforzamento delle misure di contenimento -Corsi di formazione per il Personale e aggiornamento informativo per Pazienti e Visitatori -Protocolli di emergenza per i casi sospetti con compartimentazione delle zone -Individuazione area della struttura quale zona di isolamento per casi sospetti o confermati

#### 4.2 – Resoconto del PAICA 2021

(A causa della Pandemia da Covid-19, nel 2021 è stato riproposto il PAICA del 2020.

**Tabella 6 – Resoconto delle attività del Piano precedente (PAICA 2021)**

<b>Obiettivo 1 - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1.</b> Formazione di tutto il personale Sanitario dei reparti di ricovero sulle ICA, mediante l'erogazione di corsi erogati da organismi di formazione	No	E' stata elaborata una Scheda di segnalazione delle ICA, ma non è stato possibile effettuare i Corsi di Formazione per il Personale a seguito della Pandemia da Covid-19
<b>Attività 2.</b> Costituzione della Scheda Report ICA per monitoraggio e prevenzione ICA	SI	E' stata elaborata ed è stata utilizzata nel 2020, mentre a causa della Pandemia e della presenza di un Cluster Covid-19, il monitoraggio non è proseguito nel 2021
<b>Attività 3.</b> Individuazione reparto pilota per compilazione scheda report ICA	SI	E' stato individuato come Reparto Pilota, la Riabilitazione dove è iniziato il monitoraggio delle ICA

<p><b>Attività 4.</b> Installazione di locandine informative sul corretto lavaggio delle mani – 5 fasi</p>	<p>SI</p>	<p>Verifiche della distribuzione in tutta la struttura, sia per l'utenza esterna che per i degenti</p>
<p><b>Attività 5.</b> Attuazione delle misure di prevenzione e risposta al contagio da Covid-19, mediante immediata informazione di tutti gli operatori in merito alle disposizioni delle Autorità di riferimento e predisposizione della opportuna documentazione e delle ulteriori richieste attività.</p>	<p>SI</p>	<p>Comunicazioni Interne in relazione alle disposizioni emesse dalle Autorità di riferimento in relazione all'emergenza nazionale COVID-19</p>
<p><b>Attività 6.</b> Attuazione delle misure di prevenzione e risposta al contagio COVID-19 mediante formazione a tutto il Personale per il controllo delle infezioni sull'uso appropriato delle Precauzioni Standard (DPI/Vestizione Svestizione)</p>	<p>SI</p>	<p>Verbali di presenza – TEST di verifica dell'apprendimento Verbale di formazione e addestramento dei lavoratori</p>
<p><b>Attività 7.</b> Attuazione delle misure di prevenzione e risposta al contagio COVID-19 mediante Formazione a tutto il Personale sulle precauzioni basate sulla gestione dello strumentario e attrezzatura sull'ospite</p>	<p>SI</p>	<p>Diffusione delle Precauzioni – SWA- Verbali di presenza – TEST di verifica dell'apprendimento Verbale di formazione e addestramento dei lavoratori</p>
<p><b>Attività 8.</b> Attuazione delle misure di prevenzione e risposta al contagio COVID-19 mediante formazione a tutto il Personale Medico operante nella Casa di Cura sulla gestione del caso sospetto da infezione SARS-COV-2</p>	<p>SI</p>	<p>Verbale di presenza - Diffusione materiale informativo Cartaceo</p>

<b>Obiettivo 2 - Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 9.</b> Esecuzione di indagine di prevalenza sulle principali ICA associabili alle prestazioni erogate: infezioni del tratto urinario, da Clostridium Difficile (annuale)	NO	Non sono stati emessi Report e rappresentazioni grafiche a causa della Pandemia da Covid-19
<b>Attività 10.</b> Definizione, implementazione e consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert	SI	Emissione del rapporto sulla circolazione dei microrganismi alert (es. Legionella)
<b>Attività 11.</b> Definizione, implementazione e consolidamento di misure di controllo della sorveglianza nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni CPE	NO	Non è stata emessa la procedura di sorveglianza delle infezioni a causa della Pandemia
<b>Attività 12.</b> Installazione di distributori gel-idroalcolico per la disinfezione delle mani	SI	Verifiche della presenza in tutti gli ambienti della Casa Di Cura per utenza esterna e degenti
<b>Attività 13.</b> Monitoraggio consumo di gel idroalcolici per la disinfezione mani nella Casa di Cura	SI	Controllo della quantità di gel utilizzato/quantitativo annuo gel acquistato

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) quella del **Risk Manager**, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione tenendo in considerazione anche le Linee Guida Regionali;
- b) quella della **Direzione Strategica Aziendale** che s'impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel **PARS**.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	C	-
Adozione PARS	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS	R	I	C	C	C

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

Nella specifica realtà di “Villa Silvana”, l'Unità di Risk Management è composta dal **Risk Manager** e dal **Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio**, costituito da un nucleo più ristretto di figure professionali preposte alle attività di Programmazione, Verifica e Controllo delle attività di Risk Management e da un **Gruppo di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio**, composto dai principali stakeholder interni all'azienda tra cui i dirigenti delle diverse Unità Operative.

Le figure di riferimento dell'Unità di Risk Management con Funzioni di Coordinamento per la Gestione del Rischio sono di seguito elencate:

- Dott. Siro Simeoni (Risk Manager)
- Dott.ssa Deborah Vasta
- Dott.ssa Daniela Schiattarella
- Caposala Elena Marotta
- Caposala Teresa Gagliardi
- Coordinatrice degli Ambulatori Chiara De Carolis



Gli altri componenti del Gruppo di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

- Dott. Fabio Rossi
- Dott.ssa Piera Marchetti
- Dott. Pasquale Galetta
- Dott. Federico Giovannini
- Caposala Angelo Greco
- Coordinatore FKT Ezio Albanesi
- Coordinatrice Raffaella Lupoli

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

### 6.1 - Obiettivi 2022 per la Gestione del Rischio Sanitario (ex PARM)

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2022 sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- 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) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture

### 6.2 - Attività 2022 per la Gestione del Rischio Sanitario (ex PARM)

#### Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

<b>Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso di Formazione in "Risk Management"</b>		
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di un Corso entro il 31.12.2022		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>FONTE:</b> UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

<b>Attività 2 – Formazione Facilitatori</b>		
INDICATORE: Esecuzione di almeno due incontri formativi		
STANDARD: SI		
FONTE: UO Rischio Clinico		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO FORMAZIONE</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

**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**

<b>Attività 3 – Monitoraggio semestrale della check-list caduta</b>		
INDICATORE: Almeno 15 segnalazioni		
STANDARD: SI		
FONTE: Reparti interessati		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
Produzione check-list caduta	R	C
Controllo check-list	C	R
Azioni di miglioramento	R	I

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

<b>Attività 4 – Processo di AUDIT</b>		
INDICATORE: Effettuare almeno 6 Audit		
STANDARD: SI		
FONTE: UO Rischio Clinico		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

<b>Attività 5 – Effettuazione di Safety Walk Around (SWR) le UO della struttura</b>		
<b>INDICATORE:</b> Effettuazione di almeno 6 SWR		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>FONTE:</b> UO Rischio Clinico		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
Progettazione SWR	<b>R</b>	<b>I</b>
Effettuazione SWR	<b>R</b>	<b>C</b>
Azioni di miglioramento	<b>C</b>	<b>R</b>

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

**Obiettivo C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori delle strutture**

<b>Attività 6 – Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)</b>		
<b>INDICATORE:</b> Rapporto tra n. casi definiti con procedura di conciliazione e n. di casi trattati e rapporto tra n. di casi definiti in fase stragiudiziale e n. casi di richieste di risarcimento		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>FONTE:</b> UO Rischio Clinico		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
Istituzione CVS	<b>R</b>	<b>C</b>
Azioni di miglioramento	<b>C</b>	<b>R</b>

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

## **7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

### **7.1 - Obiettivi 2022 per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA)**

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2022 sono:

- 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
- 2) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento.

- 3) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)

## 7.2 - Attività 2022 per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA)

**Obiettivo 1) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo**

**Attività 1 – Organizzazione di attività di formazione degli Operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**

**INDICATORE:** Effettuazione attività formativa

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UO Rischio Clinico

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

**Obiettivo 2) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento**

**Attività 2 – Elaborazione del Piano Locale sull'Igiene delle mani**

**INDICATORE:** Elaborazione del Piano 2022 e analisi dei risultati dell'autovalutazione

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UO Rischio Clinico

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

**Obiettivo 3) – 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 3 – Elaborazione procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)**

**INDICATORE:** Elaborazione procedura

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UO Rischio Clinico

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>CCICA</b>
Elaborazione procedura	C	R
Verifica procedura	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

**Attività 4 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza**

**INDICATORE:** Almeno 1 Report

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Farmacia Interna

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>FARMACIA INTERNA</b>	<b>CCICA</b>
Produzione Report	R	I
Verifica Report	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

**Attività 5 – Creare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)**

**INDICATORE:** Almeno 1 Report

**STANDARD:** SI

**FONTE:** Direzione Sanitaria

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>CCICA</b>
Produzione Relazione	R	I
Verifica Relazione	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

## 8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2022 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale aventi ad oggetto struttura e contenuti del **PARS**.

Invio del **PARS** entro il 28.02.2022 in formato pdf nativo all'indirizzo [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 9. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il **PARS** è stato elaborato con riferimento a:

- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): “Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza” (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- Criticità emerse mediante il processo di revisione cartelle cliniche ed interviste agli operatori delle unità di riferimento;
- Modello organizzativo di sviluppo del “Percorso aziendale per il recepimento e l’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti” indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria).<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

Si è inoltre tenuto conto della seguente normativa di riferimento in ambito sanitario:

- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992: *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: *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: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo n°254, 28 luglio 2000: *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*.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. *Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità*.
- Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206: *Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012"* elaborati dal Comitato L.E.A. [SEP]8/10.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: *Lotta contro le Infezioni Ospedaliere*.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: *Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza*.
- DM 24 luglio 1995: *Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario [SEP]nazionale*. GU n. 263, 10 novembre 1995 [SEP]
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998.
- PSN 2003-2005.
- PSN 2006-2008.
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.[SEP]
- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione [SEP]del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, [SEP]della legge 5 giugno 2003, n.131.[SEP]
- Determinazione Regionale n. G09765 del 31.07.2018 recante: "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
- Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21.12.2021 n. 970 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025".
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>Ministero della Salute: *Risk Management in Sanità- il problema degli errori* Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. Ministero della Salute, *Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro*, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 *Save Surgery Save Live*<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>
4. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997 <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>
5. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770 <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>
6. *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:*
7. Vincent C, *La Sicurezza del Paziente* Springer-Verlag Italia 2011 2 Edizione
8. *Apprendere dagli Errori* Il Pensiero Scientifico Editore.
9. B. Andersen, T. Fagerhaug, *Root cause analysis. Simplified tools and techniques*, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
10. IOM (Institute Of Medicine of the National academies), *To err is human. Building a safer health system*, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000.
11. J. Reason, *Human error. Models and management*, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
12. C. Vincent *Clinical risk management. Enhancing patient safety*, ed., London 2012.
13. S.A. Nashef, *What is a near miss?*, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
14. G.R. Baker, *Harvard medical practice study*, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52.
15. M. Geddes Da Filicaia, *Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione*, Roma 2008.