



VILLA ALBA s.r.l. a socio unico

GRUPPO INI

INI S.p.A. e Villa Alba S.r.l.

P.A.R.S.

PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO

2022



Elaborato nel rispetto della Legge n°24 del 08 marzo 2017



Sommario

PREMESSA	3
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	4
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
1.2 Struttura INI - Grottaferrata, (DCA U.00160 – 2019)	8
1.3 Struttura INI - Città Bianca, (DCA U.00409 – 2017)	10
1.4 Struttura INI - Villa Dante, (DCA U.00377 – 2018)	12
1.5 Struttura INI - Medicus, (DCA U.00454 – 2018)	14
1.6 Struttura Villa Alba - Fonte Nuova	15
1.7 Struttura Villa Alba – Casilina	16
1.8 Struttura Villa Alba – Veroli	16
1.9 Struttura Villa Alba - Via Vittorio Emanuele Orlando	16
1.10 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI nel 2021	17
1.11 Descrizione posizione assicurativa	18
1.12 Resoconto delle attività del P.A.R.M anno precedente 2021	18
1.12.1 COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS).....	19
1.12.2 ATTIVITA' CCICA; Resoconto Infezioni anno 2021	20
1.12.3 ATTIVITA' FORMATIVA RISCHIO INFEZIONE Anno 2021	21
2 OBIETTIVI 2022	21
2.1 OBIETTIVI/ATTIVITA' P.A.R.S per l'anno 2022.....	22
2.2 OBIETTIVI/ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO: 2022.....	26
2.3 RESOCONTO INFEZIONI 2021	30
3 INDICATORI ATTUAZIONE P.A.R.S. 2022	30
3.1 Obiettivo Risk Management – Implementazione delle procedure secondo le raccomandazioni ministeriali	31
3.2 Obiettivo Direzione Sanitaria - Monitoraggio utilizzo Scheda Unica di Terapia.....	32
3.3 Obiettivo URP- Servizio Sociale - Screening Paziente Fragile	32
4 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	32
5 RIFERIMENTI NORMATIVI	33
6 BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA	34



PREMESSA

La sicurezza del Paziente si è dimostrata essere un tema difficile da affrontare dal punto di vista culturale, tecnico, clinico e psicologico, oltre che per la sua portata e vastità.

Questa *cultura* intesa come la capacità di identificare, comprendere e discutere dei rischi, attraverso l'analisi delle norme che regolano il comportamento e l'azione delle risorse umane di un'organizzazione, appare oggi doverosa di un imprescindibile sviluppo, dato dalla nascita di un mercato sempre più competitivo e caratterizzato da livelli di interconnessione sempre maggiore, regolamentazioni eterogenee ed una rapida diffusione delle informazioni. Gli esperti in tema sicurezza delle cure affermano che vi sono stati progressi in alcuni settori, quali quelli nell'utilizzo del sistema di **incident reporting**, nel ruolo svolto dagli organismi professionali e dalle Autorità di Regolamentazione.

Il rischio clinico è stato definito dallo statunitense Institute of Medicine 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 ricevute, tale da causare un peggioramento delle condizioni di salute"*. Il pilastro portante della legge n° 24 del 08 marzo 2017 (Gelli-Bianco) ha posto al centro la sicurezza delle cure in ambito sanitario come obiettivo principale dell'azione di ogni operatore.

La gestione del rischio, quindi, può sintetizzarsi come *"la costruzione di un progetto e l'occuparsi di seguirlo fino alla fine del suo successo"* mettendo al centro il benessere del paziente.

Si è di fronte, dunque, ad un cambiamento della visione di come affrontare il rischio, con il passaggio da una visione *passiva* ad una *attiva*; non più semplici spettatori e risanatori degli effetti prodotti dalla consumazione dell'evento avverso ma protagonisti dei flussi operativi all'interno dell'organizzazione affinché questi, deviando dalla loro programmazione, non sfocino in un danno per l'Azienda.

In questa ricerca di elevazione degli standard qualitativi la sicurezza dei Pazienti è considerata prioritaria e che si concretizza con approccio sistemico dello studio degli errori; l'identificazione e il controllo delle attività che potrebbero determinare un danno del Paziente e la creazione di processi assistenziali efficaci ed efficienti. L'azione proattiva con l'analisi dei potenziali errori e le azioni correttive da intraprendere restano i punti fondamentali di "mitigazione del rischio"

L'esigenza di prevenire il contenzioso nelle attività sanitarie prima ancora di gestirne le conseguenze, ha fatto sì che all'interno dell'Azienda si sviluppasse l'esigenza della istituzione del Risk Management; esso rappresenta un processo decisionale che coinvolge considerazioni di ordine sociale, economico e tecnico mediante una ponderata analisi e valutazione del rischio.

Il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) diviene così uno strumento organizzativo e tecnico per monitorare e valutare sia le modalità di lavoro dei professionisti sia gli specifici contesti di lavoro nell'ottica del **contenimento della complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie**.

Assume, così, importanza primaria la figura del Risk Manager, il quale pur rimanendo alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale, acquista una propria caratterizzazione istituzionale promuovendo ed implementando **le linee guida, le procedure e le istruzioni operative**, nonché predisponendo azioni con finalità informative e formative sui processi decisionali di sistema che lo richiedono.



Non per questo, però, la figura del Risk Manager va ad eliminare le peculiari responsabilità di quei soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinici ma deve essere considerata come colui che insieme agli stessi soggetti coordina e armonizza, verso il miglioramento, il sistema del governo del rischio.

Si rende necessario quindi che la totalità delle Strutture collaborino, nel loro specifico ambito, con il Risk Manger per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni utili alla formazione del P.A.R.S.

Attraverso il P.A.R.S., dunque, ed i progetti che lo compongono, tendenti ad analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni, si cerca con tempismo e flessibilità di adottare correttivi tendenti al miglioramento dei processi delle prestazioni assistenziali per il perseguimento degli obiettivi di economicità e sostenibilità della gestione aziendale nonché per favorire un rapporto trasparente con i vari stakeholders.

Il Gruppo INI è stato impegnato nel 2020-21 nella Regione Lazio alla lotta alla Pandemia da SARS-Cov2 per far fronte a tutto ciò ha dovuto modificare in breve tempo il proprio assetto organizzativo in termini di attivazioni di posti letto sia per la gestione dei casi (reparti COVID) si l'apertura di nuovi reparti NON-COVID a supporto della rete dell'Emergenza.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Tab.1

AZIONE	Risk Manager	Direttore Generale	Manager Sanitario	Direttori Amministrativi	C.V.S.	Broker
REDAZIONE P.A.R.S.	R	A	A	I	I	I
ADOZIONE P.A.R.S.	R	I	C	I	I	I
MONITORAGGIO P.A.R.S.	R	I	I		C	I
PRESENTAZIONE P.A.R.S. al C.d.A.	R	I	I	I	I	I

R=Responsible (responsabile)

A=Accountable (approvatore/supervisore)

C=Consult (coinvolto)

I=Inform (informato)



1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

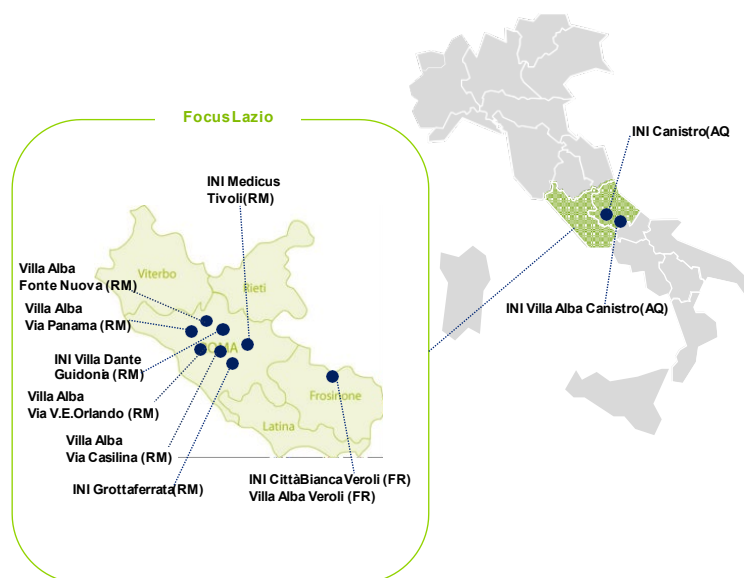
Le origini del Gruppo INI risalgono al 1947 quando il Prof. Delfo Galileo Faroni, medico reumatologo e professore universitario presso l'Università di Urbino, ha fondato il suo primo studio medico in Roma, via Torino 122.

Da allora lo studio si è gradualmente trasformato in un gruppo sanitario ("Gruppo INI").

Nel corso degli anni INI ha realizzato diverse strutture sanitarie, abilitate al ricovero e all'assistenza specialistica ambulatoriale. Le Strutture, collocate nell'Italia centrale e profondamente radicate nel tessuto sociosanitario delle regioni Lazio e Abruzzo sono complessivamente dotate di oltre 1.300 posti letto e impiegano più di 1.213 tra dipendenti e collaboratori.

Company Profile Aree presidiate

Il Gruppo INI opera in Abruzzo e nel Lazio attraverso 10 strutture sanitarie, con un totale di 1.354 posti letto disponibili,



Tutte le strutture sono dotate dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e negli anni sono sempre state provvisoriamente accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) fatta eccezione per INI Villa Alba Canistro il cui accreditamento è ancora in corso.

Private and Confidential | Bozza Piano di risanamento INI June 2021

1

5



Tab.1

STRUTTURA	N.10 Edifici	
N. Articolazioni territoriali	Lazio	8 sedi
	Abruzzo	2 sedi
RISORSE UMANE	N. Dipendenti	1213
ORGANIZZAZIONE	Posti letto Ordinari per acuti N. 287 di	
	Chirurgia Generale	22
	Ortopedia	37
	Medicina Generale	79
	Medicina Generale COVID	142
	Medicina Generale no COVID	47
	Oncologia	15
	Urologia	3
	Neurologia	10
	N. posti letto DH/DS per Acuti N° 22 di	
	Chirurgia Generale	3
	Ortopedia	5
	Medicina Generale	4
	Oncologia	10
	Posti letto Ordinari Post-Acuzie N.	
	Riabilitazione	298
	Lungodegenza	20
	Posti Letto Extra-Ospedalieri	
	Ex Art 26	120
	R1	20
	RSA	250
	RA	56
	Posti letto DH Riabilitazione N°30 Hospice N.120	
	Riabilitazione	30
	Residenziali	24
	Domiciliari	96
	POSTI TOTALI	1354
	N. prestazioni ambulatoriali	
	N. branche specialistiche	30
	N. Dipartimenti attività integrata	3
	Reperti degenza ordinaria	11
	Reperti degenze diurne	5
Chirurgia	N. blocchi op./sale op.	3/5



1.1 Il Gruppo I.N.I. si compone di:

➤ **n. 8 (otto) Strutture nella Regione Lazio**

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Grottaferrata

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Città Bianca

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Villa Dante

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Medicus

Villa Alba – Centro di Riabilitazione Via Casilina

Villa Alba – Centro di Riabilitazione per persone con disabilità (Ex art.26) Fonte Nuova

Villa Alba – Centro di Riabilitazione per persone con disabilità (Ex art.26) Veroli

Villa Alba – Centro specialistico ambulatoriale e Riabilitazione Via V. E. Orlando

Villa Alba – Centro di Riabilitazione Il Kinesiterapico

➤ **n. 2 (due) Strutture nella Regione Abruzzo**

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Canistro

INI – Casa di Riposo e Residenza Protetta. Villa Alba Canistro

Ognuna delle strutture facenti capo al Gruppo INI opera secondo una propria mission istituzionale.



1.2 Struttura INI - Grottaferrata, (DCA U.00160 - 2019)

Una delle realtà mediche più importanti dell'hinterland romano, articolata in:

Ricoveri per Acuti:

- Area Chirurgica Ricoveri Ordinari e Day Surgery:
 - Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale.
- Area Medica Ricoveri Ordinari e DAY HOSPITAL:
 - Oncologia, Medicina Generale, Medicina no COVID

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
 - Neuromotori, respiratori e Ortopedici

Cure Palliative (Hospice)

- Hospice.
 - domiciliare e residenziale,

Presidio Chirurgico PC2

- Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali
 - Dermatologia, Oculistica, Ortopedia, Urologia e Gastroenterologia.

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali:
 - Radioterapia oncologica, Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia, Centro Reumatologico (ANTARES), Centro Cefalee, Medicina Nucleare.
- Poliambulatorio di:
 - Chirurgia Vascolare – Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Medicina dello Sport, Endocrinologia, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Odon-tostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Oncologia, Pneumologia, Anestesia.

Tab.2

INI GROTTAFERRATA			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	214	Medicina Generale	Autorizzati 69 di cui 59 Accreditati
		Medicina Generale no CO-VID	Temporaneamente autorizzati 20
		Ortopedia	Accreditati 7
		Chirurgia Generale	Autorizzati 12
		Oncologia	Accreditati 15
		Hospice Residenziali	Accreditati 5



		Riabilitazione	Autorizzati 66 di cui 60 Accreditati
Posti letto diurni	30	DH Medicina Generale	Accreditati 4
		DH Riabilitazione	Autorizzati 10 di cui 7 accreditati
		DH Oncologia	Accreditati 10
		DS Ortopedia	Accreditati 3
		DS Chirurgia Generale	Autorizzati 3
Accessi domiciliari	20	Hospice Domiciliari	Accreditati 20
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operarie	3

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio e dalla ASL ed è stata provvisoriamente autorizzata per 20 posti letto di Medicina no Covid di primo livello

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari: Acuti + Post Acuti	5261	N. Ricoveri DH	1208
Hospice Residenziale	55	Accessi Hospice domiciliare	100



1.3 Struttura INI - Città Bianca, (DCA U.00409 - 2017)

Ubicata nel Comune di Veroli Articolata in:

Ricoveri per Acuti:

- Area Medica Ricoveri Ordinari e Dh:
 - Medicina COVID

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
 - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici

Struttura Residenziale

- RSA
 - RSA Intensivo(ex-R1)
 - RSA Mantenimento Alto

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
 - Radioterapia oncologica, Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:
 - Chirurgia Vascolare – Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Medicina dello Sport, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

Tab.3

INI Città Bianca			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	306	RSA 1	Accreditati 20
		RSA mantenimento A	Accreditati 98
		RSA COVID *	Temp. Autorizzati 10
		Medicina COVID *	Temp. Autorizzati 84
		Riabilitazione	Autorizzati 85; 57 accreditati
		Hospice Residenziali	Autorizzati 9
Posti letto diurni (DH)	9	Riabilitazione	Autorizzati 9 di cui 6 accreditati
Accessi domiciliari	36	Hospice Domiciliari	Autorizzati 36

* La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio e dalla ASL ed è stata provvisoriamente autorizzata per 89 posti letto di Medicina Covid di primo livello e 10 posti letto di RSA estensiva COVID da marzo 2020 posti letto riconvertiti dagli attuali accreditati di Riabilitazione e RSA., per far fronte all'emergenza delle SARS-COV2.

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riabilitazione	555	N. Ricoveri DH	100
Ricoveri RSA-R1	91	RSA + Medicina COVID	691



1.4 Struttura INI - Villa Dante, (DCA U.00377 - 2018)

Situata nel Comune di Guidonia Montecelio, con un'attività incentrata sulla riabilitazione, è articolata in:

Ricoveri per Acuti:

- Area Medica Ricoveri Ordinari:

- Medicina no COVID

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
 - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici
- Lungodegenza Medica No Covid

Struttura Residenziale

- RSA
 - Riabilitazione estensiva e di mantenimento regime assistenziale non residenziale (centro territoriale extra-ospedaliero ex art 26)

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
 - Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:
 - Chirurgia Vascolare – Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Medicina dello Sport, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

12

Tab.4

INI Villa Dante			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	96	Riabilitazione	Autorizzati 49 di cui 31 Accreditati
		Medicina no CO-VID *	Temp. Autorizzati 27
		Lungodegenza no COVID *	Temp. Autorizzati 20
Posti letto diurni	5	Riabilitazione	Autorizzati 5 di cui 3 accreditati

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio e dalla ASL ed è stata provvisoriamente autorizzata 27 posti letto di Medicina no Covid di primo livello e lungodegenza 20 Posti letto riconvertiti dagli attuali 49 PL autorizzati.

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riabilitazione Cod.56	348	N. Ricoveri DH	105
Medicina Non Covid	682		
Lungodegenza	161		



1.5 Struttura INI - Medicus, (DCA U.00454 - 2018)

posizionata al centro del Comune di Tivoli, Casa di Cura di è articolata in:

Ricoveri per Acuti:

- Area Medica Ricoveri Ordinari e Dh:
 - Medicina COVID

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
 - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici

Struttura Residenziale

- RSA
 - RSA Mantenimento Alto
 - RSA Mantenimento Medio

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
 - Emodialisi, Diagnostica per Immagini, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:
 - Chirurgia Vascolare – Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

14

Tab.5

INI Medicus			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	248	Hospice Residen- ziale	Autorizzati 10 di cui Accreditati 9
		Riabilitazione	Autorizzati 58 di cui accreditati 58
		Medicina Covid*	Temporaneamente autorizzati 58
		RSA covid*	Temporaneamente autorizzati 30
		RSA	Accreditati 92
Posti letto diurni	25	Riabilitazione	Accreditati 6
		Dialisi	Accreditati 15
Accessi domiciliari	36	Hospice domiciliare	Autorizzati 40 di cui Accreditati 36



*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio e dalla ASL ed è stata provvisoriamente autorizzata per 58 posti letto di Medicina Covid di primo livello e 30 posti letto di RSA estensiva COVID da marzo 2020 posti letto riconvertiti dagli attuali accreditati di Riabilitazione e RSA, per far fronte all'emergenza delle SARS-COV2.

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riab.Cod.56	292	N. Ricoveri DH	143
Ricoveri RSA	53		
RSA + Medicina Covid	631		
Hospice Residenziale	20	Hospice Domiciliari	15

1.6 Struttura Villa Alba - Fonte Nuova

Situata nei pressi di Roma, è un istituto che offre cure riabilitative sia livello residenziale che semiresidenziale e servizi ambulatoriali (centro territoriale extraospedalieri ex art 26) rivolti ai disturbi neurologici, neuropsicologici, del neuro sviluppo, psicomotori e del linguaggio rivolto a bambini e adulti affetti da disabilità

Tab.6

15

Villa Alba Fonte Nuova			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto Residenziali	120	EX Articolo 26	120
Posti letto Semiresidenziali			

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

ricovero residenziali	41686		
------------------------------	--------------	--	--

1.7 Struttura Villa Alba – Casilina

Situata a Roma, è il centro riabilitativo Villa Alba-CASILINA è una struttura assistenziale fisioterapica accreditata con il SSR in grado di offrire servizi fisiatrici e di radiologia ambulatoriale, seguendo protocolli terapeutici aggiornati, con l'utilizzo di moderne apparecchiature elettromedicali e con l'ausilio di personale sanitario qualificato ed esperto.

I pazienti possono usufruire dei nostri servizi previo appuntamento.

I trattamenti personalizzati sono eseguiti sotto controllo periodico dei nostri medici specialisti.

1.8 Struttura Villa Alba – Veroli

Adiacente alla vicina Città Bianca, è presente questa Struttura che offre cure riabilitative in regime semi-residenziale ed ambulatoriale (Centro Territoriale extraospedaliero ex art. 26) per disturbi neurologici, neuropsicologici, psicomotori e cognitivi dell'età evolutiva.

1.9 Struttura Villa Alba - Via Vittorio Emanuele Orlando

Situata nel centro di Roma, è una struttura polispecialistica con fisioterapia; diagnostica ecografica, cardiovaskolare, di medicina dello sport e dermatologica.

È presente anche un ambulatorio infermieristico.

Oltre le prestazioni erogate attraverso le sue strutture, il Gruppo I.N.I. possiede al suo interno un Comitato Scientifico e varie Unità di Ricerca e Sperimentazione, che operano in stretto collegamento con le Università di Roma "La Sapienza", "Tor Vergata", numerose Università private e Associazioni di categoria. Inoltre, il Gruppo I.N.I. è Provider accreditato per la formazione continua in medicina e centro di formazione per tutte le strutture del gruppo, nonché sede di corso di laurea "Scienze Infermieristiche" sede distaccata di Tor Vergata e "terapia occupazionale" con Università della Sapienza di Roma (Sant'Andrea)



1.10 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI nel 2021

Tab.7

Tipo evento	Casi (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	Casi 75 82,2%	Strutturali 20% Tec- nologici 10% Orga- nizzativi 40% Proce- dure/Comunicazione 30%	Strutturali 20% Tecnologici 10% Organizzativi 40% Procedure/Comunicazione 30%	Sistemi di reporting 70% Sinistri 30% Emovigilanza 0 % Farmacovig. 0% ICA 0 %
Eventi Avversi	Casi 49 17,8%			
Eventi Senti- nella	0			

17

Tab.8

ANNO	NUMERO SINISTRI ****	SINISTRI RESPINTI SENZA SEGUITO	SINISTRI RISARCITI	IMPORTO RISARCITO
2017	18	12	1	9.400,00
2018	21	14	0	0,00
2019	11	1	1	8.000,00
2020	30	25	9	472.640,00
2021	20	19	4	179.018,00
Totale	100	71	15	669.058,00

**** riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (danni a cose, incidenti, smarrimenti di effetti personali)



1.11 Descrizione posizione assicurativa

Tab.9

ANNO	COMPAGNIA ASSICURATIVA	NUMERO POLIZZA	DATA EFFETTO / DATA SCADENZA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2017	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	2016RCG00109-645636	30/04/2016 - 30/04/2017	603.915,00		Sapri
2018	GENERALI ITALIA S.P.A.	370755117	30/04/2017 - 01/05/2019	586.800,00		Sapri
2019	GENERALI ITALIA S.P.A.	370755117	01/05/2019 - 01/05/2020	539.000,00		Sapri
2020	Generali	370755117	30.04.2020/30.04.2021	€ 539.000 + integrazione per COVID-19 € 45.273,33	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 500.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 Franchigia RCO € 2.500	GBSA-PRI SPA
2021	Sham	165919	30.04.2021/30.04.2024	623.475,00	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 300.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 SIR RCO € 2.500 (escluso casi COVID-19) SIR RCT/RCO € 100.000 per sinistro per i casi COVID-19	GBSA-PRI SPA

18

1.12 Resoconto delle attività del P.A.R.M anno precedente 2021

Con il benessere dell'Alta Dirigenza sono state implementate alcune attività già presenti all'interno della Azienda

- L'Unità Operativa **UASS-SIO (Unità operativa Aziendale dei Sistemi Sanitari)** costituita il **01/09/2018** dotata di risorse autonome che collaborano con il RISK MANAGER per l'attuazione degli obiettivi in tema di sicurezza e buone pratiche. Tale Unità svolge attività di controllo sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria, sulla corretta codifica delle SDO con analisi a campione delle cartelle cliniche che vengono prodotte da ogni Unità Operativa. Nel 2021 l'attività del UASS-SIO si concentra sull'analisi delle cartelle della Chirurgia Ortopedica e sulle Cartelle dei Reparti Covid.
Tale Unità dispongono di risorse umane proprie e rappresentano il collegamento tra le Strutture periferiche e la Dirigenza Aziendale
- Nell'ambito delle specifiche attività svolte nel 2019 si segnalano le seguenti iniziative: è stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.); Il CVS è un gruppo multidisciplinare che agisce sinergicamente nell'ambito della gestione del rischio clinico e della gestione del contenzioso giudiziario ed extragiudiziario. L'obiettivo di tale comitato risiede nell'interrompere il frazionamento delle informazioni all'interno della Società e minimizzare gli impatti economici derivanti dai sinistri.

1.12.1 COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Composizione:

- ❖ Manager Sanitario
- ❖ Direttore Generale
- ❖ Risk Manager Aziendale
- ❖ Direzioni Sanitarie di Struttura
- ❖ Affari Generali e Legali
- ❖ Direzioni Amministrativa di Struttura
- ❖ Medici Legali
- ❖ Direttore delle Risorse Umane.

Un'attività su cui ci si è concentrati è stata l'informatizzazione e la tracciabilità dei near miss, eventi avversi attraverso informatizzazione dell'*Incident Reporting*.

- Informatizzazione dell'*Incident Reporting* attraverso il Sistema Talete.
Il sistema di segnalazione informatizzato degli eventi avversi è costituito da applicativo aziendale denominato TALETE web con una sezione dedicata al rischio clinico.

Qualsiasi evento che si verificano in ognuna delle Strutture del Gruppo viene segnalato , su base volontaria, dall'operatore coinvolto nell'evento, o dai coordinatori di Reparto; il sistema richiede la compilazione di una specifica scheda di segnalazione che costituisce parte integrante della procedura di Incident Reporting aziendale, la scheda è disponibile nei reparti dal sito internet aziendale, il software dopo la compilazione della scheda invia in modo automatico degli alert tramite messaggi MAIL, al Risk Manager, all'Ufficio Legale ed alla Direzione Sanitaria della Struttura coinvolta.

TALETE web; sezione Rischio Clinico



20

Altre attività sviluppate e realizzate nel corso del 2021 sono state:

- Revisione delle procedure sul rischio di caduta.
- Formazione sul personale sanitario su specifici argomenti di rischio clinico e di buone pratiche.
- L'implementazione dei documenti regionali adottati in materia di gestione del rischio Clinico.
- Screening sul rischio infezioni e monitoraggio attraverso il gestionale Talete.
- Implementazione della segnalazione delle infezioni

1.12.2 ATTIVITA' CCICA; Resoconto Infezioni anno 2021

L'implementazione del Sistema Gestionale TALETE con l'introduzione del file sulle infezioni ospedaliere ha permesso di raccogliere i dati sugli eventi infettivi che venivano segnalati dalle singole Sedi.



Nel corso del 2021 il maggior impegno è stato rivolto alla stesura e diffusione delle procedure specifiche inerenti alla prevenzione e la sorveglianza della infezione da SARS-COV2 e sulle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) in generale. Aggregato al Centro Aziendale di Rischio Clinico, anche se con propria autonomia decisionale, è stato ampliato il tavolo tecnico del CCICA (Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza) con l'arruolamento di un medico specialista in malattie infettive che è membro permanente. Grazie all'attività di tale organismo tecnico è stata di recente approvata ed è in via di emanazione una procedura specifica sulla sorveglianza attiva delle ICA. L'attività del CCICA nell'anno 2021 è stato impegnato nell'analisi e catalogazione degli eventi infettivi che venivano registrati ed inviati tramite il sistema TALETE. Complessivamente sono stati analizzati **n.309 eventi infettivi** riscontrati da materiale microbiologico positivo inviato nei laboratori dalle varie Strutture. L'analisi ha concluso che **n. 28 casi** sono da ritenersi **infezioni nosocomiali** (infezioni correlate all'assistenza) mentre gli altri 281 casi possono essere considerati infezioni di tipo comunitari il dato è stato estratto dal sistema informatico TALETE.

EVENTI INFETTIVI ANNO 2021	Casi
Clostridium Difficilis	42
Klebsiella Pneumoniae	25
Escherichia Coli	18
Enterococcus Faecium	13
Pseudomonas Aeruginosa	9
Stafilococcus Aureus	7
Proteus Mirabilis	7
Altri Agenti Infettivi *	184
TOTALE	309

* agenti isolati con un caso.

Sono in corso di analisi i 28 casi di eventi infettivi catalogati come “correlati all'assistenza” con AUDIT CLINICI dei singoli casi.

1.12.3 ATTIVITA' FORMATIVA RISCHIO INFEZIONE Anno 2021

Nell' arco dell'anno 2021 sono stati attivati i seguenti corsi di formazione e complessivamente sono stati formati complessivamente n° 592 operatori sanitari:

- Dalla sicurezza del lavoratore alle infezioni correlate all'assistenza
- Utilizzo dei Dispositivi Individuali
- Precauzioni Standard ed aggiuntive

2 OBIETTIVI 2022

Il piano di gestione del rischio clinico all'interno del Gruppo I.N.I., relativamente all'anno 2022, sarà concentrato prevalentemente all'attuazione di programmi di sorveglianza per il SARS-COV2.



Inoltre, il piano prenderà in considerazione gli obiettivi che la Regione Lazio ha emanato per le strutture sanitarie del territorio.

Si intende proseguire e completare le attività intraprese nel 2021

In particolare, seguendo le raccomandazioni come già su richiamate e nel rispetto della *vision* e della *mission* aziendale, vengono identificati i seguenti obiettivi strategici:

1. Aumentare la diffusione della cultura organizzativa al fine di migliorare i parametri relativi alla qualità e alla sicurezza di Pazienti ed operatori.
2. Migliore la comunicazione tra operatori-operatori e tra operatori e pazienti
3. Migliorare la qualità della documentazione sanitaria e l'informatizzazione del fascicolo sanitario
4. Creare una mappa dei rischi aziendali per ridurre il numero di sinistri e dei contenziosi
5. Promuovere e garantire la cultura delle buone pratiche assistenziali (lavaggio delle mani, corretto uso dei DPI).
6. favorire il Benessere Organizzativo attraverso una visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali rivolte a ridurre infortuni ai Pazienti, familiari, visitatori (cadute accidentali); oltre che salvaguardare la sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro (Stress Lavoro-Correlato e Sindrome da Burnout).
7. Promuovere la cultura degli obiettivi di appropriatezza clinica, economicità e sostenibilità degli oneri aziendali. Attraverso l'attuazione ed informatizzazione dei percorsi diagnostici-terapeutici (PDTA);
8. Promuovere e garantire la presa in carico del "Paziente fragile" attraverso la valutazione e l'analisi dei bisogni per un migliore reinserimento sociale e nel contesto familiare.
9. Promuovere l'integrazione tra le varie articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico;
10. Promuovere ed organizzare eventi formativi interaziendali sulla sicurezza del Paziente.
11. Facilitare i processi d'integrazione tra Risk Manager, Affari Generali, Affari Legali e Direzioni Sanitarie ai fini della gestione della sinistrosità (CVS).

2.1 OBIETTIVI/ATTIVITA' P.A.R.S per l'anno 2022

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso di Gestione del Rischio Clinico"		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I



OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso Gestione Documentale e Conservazione Legale”		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 3 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso di Comunicazione Efficace nelle Professioni Sanitarie”		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

23

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 4 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso di Umanizzazione delle cure”		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 5 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un		



"Corso ACLS" ai Medici addetti all'Emergenza		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD	SI	
FONTE	Resp. U.O.C. Medicina INI Grottaferrata	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Resp. U.O.C. Medicina INI Grottaferrata	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

ATTIVITA' 6 – Informatizzazione della documentazione sanitaria/informatizzazione del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale)		
INDICATORE	Elaborazione di un report delle riunioni/attività svolte entro 31 dicembre 2022	
STANDARD	almeno 5 incontri	
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGQ
Riunioni e corsi di formazione del personale coinvolto	R	C
Realizzazione Procedura	R	C
Attività di vigilanza tramite report specifici	R	C

24

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

ATTIVITA' 7– Studio osservazionale sull'appropriatezza assistenziale degenza/servizi		
INDICATORE	Monitoraggio del 20% delle cartelle cliniche a cadenza trimestrale	
STANDARD	SI	
FONTE	Risk Management- S.I.O.	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	S.I. O
Selezione campione cartelle da analizzare	R	C
Raccolta cartelle e selezione items	R	C
Analisi e monitoraggio dati	R	C
Verbali/ Report	R	C



OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 8 – Safety walk around		
INDICATORE	Numero di incontri effettuati	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGC
Realizzazione Incontri	R	C
Analisi e monitoraggio dati	R	C
Verbali/Report	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 9 - Implementazione corretta identificazione paziente: Introduzione di braccialetto di riconoscimento-barcode		
INDICATORE	Numero di braccialetti eseguiti/numero ricoveri	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGC
Riunioni programmatiche	R	C
Verbali/Report	R	C

25

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI		
ATTIVITA' 10 – Revisione documentale alla luce della recente Determina (G00642 del 25/01/2022) in termini di "Consenso Informato"		
INDICATORE	Elaborazione di un report di riunioni svolte	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-Ufficio Legale-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Management-Ufficio Legale	RSGQ
Revisione documentale	R	C
Audit	C	R
Verbali/Report	R	C



OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI		
ATTIVITA' 11 – Gestione del Rischio Aggressione agli operatori sanitari		
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	Risk Management-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

2.2 OBIETTIVI/ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO: 2022

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA' 1 – Corso: Rischio biologico precauzioni standard e aggiuntive -Epidemiologia delle infezioni da microrganismi "alert"		
INDICATORE:	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	CCICA-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

26

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA' 2 – Corso: Aggiornamento ed addestramento del cateterismo vescicale ed infezioni delle vie urinarie		
INDICATORE:	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2022	
STANDARD SI		
FONTE	CCICA-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I



OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI, ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE, CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' 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

ATTIVITA' 3– Reiterazione a tutti gli operatori della diffusione della determinazione G02044 del 23/2/2022, Igiene delle mani- Reiterazione della distribuzione di opuscolo informativo relativo a igiene delle mani a tutti gli operatori **con** valutazione periodica di aderenza alla procedura da parte dei coordinatori delle U.U.O.O./Ufficio Infermieristico

INDICATORE: Report di riunioni eseguite– Consumo trimestrale gel idroalcolico

STANDARD SI

FONTE CCICA-RSGQ-Ufficio Infermieristico-Coordinatori U.U.O.O.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Ufficio Infermieristico-Coordinatori U.U.O.O.-RSGQ
Distribuzione del materiale didattico	C	R
Riunioni e corsi di formazione del personale coinvolto	R	R
Attività di vigilanza tramite report specifici	C	R

27

OBIETTIVO C) CONTINUARE NEL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) E L'ADOZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA O SECONDARIA DELLE ICA

ATTIVITA' 4– Implementazione e consolidamento del modello di sorveglianza attiva sulla popolazione ricoverata (tampone rettale/coprocoltura) per le colonizzazioni/infezioni da CRE - delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE

INDICATORE: Report di riunioni eseguite per diffusione di Procedura: "Gestione sorveglianza ed isolamento del paziente colonizzato/infetto" (INI_P011-Allegato01_CCICA Rev4)

STANDARD SI

FONTE CCICA-RSGQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	RSGQ
Divulgazione della Procedura	R	C



Riunioni e corsi di formazione del personale coinvolto	R	C
--	---	---

OBIETTIVO C) CONTINUARE NEL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) E L'ADOZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA O SECONDARIA DELLE ICA

ATTIVITA' 5– Definizione/implementazione/consolidamento della modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

INDICATORE: Numero casi notificati/ numero di casi diagnosticati

STANDARD SI

FONTE Laboratorio analisi- Direzione Sanitaria (DS)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Laboratorio analisi	DS
Sorveglianza e notifica batteriemie da CRE	R	R

OBIETTIVO C) CONTINUARE NEL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) E L'ADOZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA O SECONDARIA DELLE ICA

ATTIVITA' 6– Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi "alert"

INDICATORE: Numero casi notificati/ numero di casi diagnosticati

STANDARD SI

FONTE Laboratorio analisi- CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Laboratorio analisi	CCICA
Sorveglianza e notifica batteriemie da CRE	R	R



OBIETTIVO C) CONTINUARE NEL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) E L'ADOZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA O SECONDARIA DELLE ICA

ATTIVITA' 7- Revisione periodica delle linee guida su antibiotico-profilassi peri-operatoria

INDICATORE	Elaborazione di Linee Guida		
STANDARD SI			
FONTE	CCICA- Responsabili U.U.O.O. Chirurgiche -RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CCICA	RSGQ	Responsabili U.U.O.O. Chirurgiche
Riunioni Programmatiche	R	C	R
Audit specifici	C	R	C

OBIETTIVO C) CONTINUARE NEL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) E L'ADOZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA O SECONDARIA DELLE ICA

ATTIVITA' 8- Revisione delle procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni da catetere urinario

INDICATORE	Riunioni periodiche effettuate N° casi infetti/N° pazienti cateterizzati	
STANDARD SI		
FONTE	CCICA-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	RSGQ
Riunioni Programmatiche	R	C
Audit specifici	C	R



2.3 RESOCONTO INFEZIONI 2021

Nel corso del 2021. Il maggior impegno è stato rivolto alla stesura e diffusione delle procedure specifiche inerenti alla prevenzione e la sorveglianza della infezione da SARS-COV2 e sulle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) in generale. Aggregato al Centro Aziendale di Rischio Clinico, anche se con propria autonomia decisionale, è stato ampliato il tavolo tecnico del CCICA (Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza) con l'arruolamento di un medico specialista in malattie infettive che è membro permanente. Grazie all'attività di tale organismo tecnico è stata di recente approvata ed è in via di emanazione una procedura specifica sulla sorveglianza attiva delle ICA. L'attività del CC-ICA nell'anno 2021 è stato impegnato nell'analisi e catalogazione degli eventi infettivi che venivano registrati ed inviati. Complessivamente sono stati analizzati n.309 eventi infettivi riscontrati da materiale microbiologico positivo inviato nei laboratori dalle varie Strutture. L'analisi ha concluso che n.28 casi sono ritenersi infezioni nosocomiali mentre gli altri 281 casi possono essere considerati infezioni di tipo comunitari il dato è stato estratto dal sistema informatico TALETE.

EVENTI INFETTIVI ANNO 2021	Casi
Clostridium Difficilis	42
Klebsiella Pneumoniae	25
Escherichia Coli	18
Enterococcus Faecium	13
Pseudomonas Aeruginosa	9
Stafilococcaa Aureus	7
Proteus Mirabilis	7
Altri Agenti Infettivi *	184
TOTALE	309

* agenti isolati con un caso.

30

3 INDICATORI ATTUAZIONE P.A.R.S. 2022

Per la misurazione del raggiungimento o dello scostamento dagli obiettivi prefissati dal P.A.R.S. sono stati individuati specifici indicatori.

Attraverso questi indicatori si calcolerà l'efficacia delle azioni messe in atto e si potrà avere una prima idea sull'adesione dei soggetti coinvolti ai programmi avviati e di come gli operatori ha utilizzato gli strumenti messi a loro disposizione.

Si definiscono i seguenti indicatori:

Obiettivo: Comitato valutazione sinistri

CRITERIO	Promuovere l'appropriatezza degli oneri economici aziendali
INDICATORE	% di sinistri chiusi nell'anno su sinistri aperti nell'anno
NUMERATORE	Numero di sinistri nell'anno analizzati
DENOMINATORE	Numero di sinistri chiusi nell'anno



STANDARD	= 20%
FONTE	C.V.S. Affari Legali

Obiettivo Formazione

CRITERIO	Formazione del personale relativamente alla gestione del rischio clinico ed alla sicurezza delle cure nel trattamento del Paziente in ambito chirurgico e medico
INDICATORE	% del personale che ha effettuato la formazione specifica sulle iniziative del Risk Management
NUMERATORE	Numero del totale personale per Struttura
DENOMINATORE	Numero personale che ha effettuato la formazione specifica
STANDARD	= > 10%
FONTE	Formazione

Obiettivo Risk Management - Corretta alimentazione flussi Regionali

CRITERIO	Corretta alimentazione dei flussi Regionali per near miss, eventi avversi, eventi Sentinella
INDICATORE	% Schede inserite entro i 5 giorni dalla segnalazione
NUMERATORE	Numero di Schede inserito entro i 5 giorni
DENOMINATORE	Numero delle Schede inserite
STANDARD	= > 95%
FONTE	Risk Management

Obiettivo Risk Management - Corretta alimentazione flussi Regionali – Piani di Miglioramento

31

CRITERIO	Corretta alimentazione dei flussi Regionali per gli Eventi Sentinella
INDICATORE	% piani di miglioramento previsti per gli Eventi Sentinella inseriti
NUMERATORE	Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale che presentano il piano di miglioramento
DENOMINATORE	Numero di Eventi Sentinella inseriti sul portale
STANDARD	= > 70%
FONTE	Risk Management

3.1 Obiettivo Risk Management – Implementazione delle procedure secondo le raccomandazioni ministeriali

CRITERIO	Implementazione delle procedure secondo le raccomandazioni ministeriali
INDICATORE	Definizione di n.3 nuove procedure emanate prima del 2017.
NUMERATORE	Numero totale di procedura
DENOMINATORE	Numero di nuove procedure
STANDARD	90 % entro il 30/12/2022
FONTE	Risk Management



Obiettivo Risk Management - Audit

CRITERIO	Promuovere la revisione dei processi secondo il piano del miglioramento continuo
INDICATORE	Report sui processi sottoposti ad audit
NUMERATORE	Numero di audit programmati
DENOMINATORE	Numero di audit effettuati
STANDARD	80% entro il 31/12/2022
FONTE	Risk Management

3.2 Obiettivo Direzione Sanitaria - Monitoraggio utilizzo Scheda Unica di Terapia

CRITERIO	Promuovere il corretto utilizzo della Scheda Unica di Terapia
INDICATORE	Report su verifica a campione del 20% dei ricoveri entro il mese di dicembre 2021
NUMERATORE	Numero cartelle complete
DENOMINATORE	Numero di cartelle esaminate
STANDARD	100% entro il 31/12/2022
FONTE	Direzione Sanitaria

3.3 Obiettivo URP- Servizio Sociale - Screening Paziente Fragile

CRITERIO	Promuovere procedure per l'individuazione del Paziente fragile
INDICATORE	Individuazione precoce del Paziente fragile
NUMERATORE	Numero Pazienti a rischio di fragilità
DENOMINATORE	Numero Pazienti con "percorsi attivati"
STANDARD	Almeno il 50 % dei Pazienti fragili.
FONTE	URP- Servizio Sociale

32

4 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di portare a termine tutte le azioni ed iniziative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel P.A.R.S., la diffusione dello stesso avverrà tramite:

12. presentazione del Piano all'interno del C.d.A.;
13. pubblicazione del Piano sul sito aziendale nella sezione intranet e Internet;
14. attraverso iniziative rivolte a tutto il personale (incontri formativi)
15. Diffusione sul Sistema Gestionale Talete.



5 RIFERIMENTI NORMATIVI

- 6 Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- 7 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”;
- 8 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”
- 9 Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- 10 Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- 11 Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- 12 Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- 13 Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n.131”;
- 14 Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
- 15 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;
- 16 Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
- 17 Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;



- 18 Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- 19 Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
- 20 Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- 21 Determinazione Regionale n. G14075 del 18 ottobre 2017 recante “Approvazione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”;
- 22 Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
- 23 Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- 24 Determinazione Regionale n. U0049428 del 22/01/2019 L.G. Piano Annuale Risk Management.
- 25 Regione Lazio. Determinazione n° G00163 dell’11 gennaio 2010
- 26 Regione Lazio. - Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria Area rete Ospedaliera Specialistica n° GR 39.15 del 23 gennaio 2020. Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020

34

6 BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: “Risk Management in sanità – il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico D.M. 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Life”
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
- Reason j. , Manning the risk of organizational accidents, 1997
- Reason j. , Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770



- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei Pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- ISO Norme 9001:2008 e 19011:2012
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx>
- Atul Gawande; Checklist: come far andare meglio le cose. Ed. Einaudi 2009.
- Atul Gawande; Con Cura. Einaudi
- Charles Vincent. La sicurezza del Paziente. Springer-Verlag. 2012
- Riccardo Tartaglia, Andrea Vannucci. Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica. Springer-Verlag .2013

Il Risk Manager

(Dott. Carmine Romaniello)

Il Legale Rappresentante

(Sig.ra Nadia Proietti)