

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

Redatto da: Risk Managers Strutture Reverie



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



INDICE

1) Premessa.....	4
1.1) Contesto Organizzativo.....	5
1.2) Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario(PARS) (ex-PARM) 2023 e gestione del rischio infettivo (ex PAICA).....	8
2) Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti eroga.....	13
3) Descrizione della posizione assicurativa.....	14
4) Resoconto delle attività del Piano Precedente.....	15
4.1) Resoconto del PARM 2022.....	16
4.2) Resoconto del PAICA 2022.....	16
5) Matrice delle Responsabilità del PARS.....	21
6) Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Sanitario.....	22
7) Obiettivi e attività per la Gestione del Rischio Infettivo (ex PAICA).....	28
8) Modalità di Diffusione del PARS.....	42
9) Riferimenti Normativi.....	42
10) Bibliografia.....	44



1.PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione negli anni precedenti, nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, hanno consentito alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sette anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, da oltre un anno viene applicata la versione unificata di PAICA E PARM in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita. Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento, sentito il CRRC, è stato unificato e compilato per le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.



1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Le Comunità Reverie rispondono alle richieste di cura delle patologie psichiche in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Tutte le comunità e i programmi terapeutici riabilitativi della Reverie agiscono in pool e operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione di persone con gravi disagi psichici. Il loro modello terapeutico ed organizzativo, nato agli inizi degli anni '80 nello spirito della legge 180, è centrato su una modalità di trattamento multidisciplinare integrato.

Le Comunità Reverie aderiscono alla ANASCOP (Associazione Nazionale delle Strutture Comunitarie Psico-Socio-Terapeutiche) e a Mito e Realtà (Associazione Scientifica delle Comunità Terapeutiche per Adulti e Adolescenti)

La Reverie Fondatori s.r.l. gestisce due Comunità Terapeutiche e un Centro Diurno e ha portato a compimento numerose esperienze di programmi decentrati, concepiti come modulazione dei processi di uscita e come preparazione al reinserimento territoriale.

Negli ultimi anni, infatti, la Reverie attraverso il suo Centro Diurno, ha sviluppato anche un Programma di Assistenza Territoriale per quelle persone che, uscite dalle sue comunità, hanno deciso di risiedere nei pressi delle strutture terapeutiche per poter continuare ad utilizzare il sostegno e le risorse della Reverie.

Attualmente lo staff delle strutture federate si compone di circa 50 persone fra soci operatori in collaborazione professionale e consulenti che svolgono la loro attività professionale in favore di altrettanti utenti dei Servizi di Salute Mentale affidati in cura ai programmi.

La Mission

Al fine di definire con maggiore dettaglio gli scopi e le finalità della REVERIE riportiamo di seguito alcuni passi del nostro Statuto Sociale che recitano:

Articolo 2 - La società ha per oggetto le seguenti attività:

- a) la gestione, in proprio o in forma associata di Comunità psico-socio terapeutiche e riabilitative;
- b) l'organizzazione, la gestione di Comunità psico-socio terapeutiche anche affiancando alle attività di prevalente finalità terapeutica, attività commerciali utili a sostenere i progetti di reinserimento sociale degli affidati in cura alla Reverie Fondatori srl. Gestire aziende o rami di aziende, acquisire in comodato d'uso, in affitto o in tutte le altre forme permesse dalle vigenti leggi, anche rilevandoli da altre entità associative o societarie programmi terapeutici e riabilitativi già avviati;
- c) la promozione e la creazione di altre strutture cosiddette "intermedie" o alternative (comunità terapeutiche, alloggio, riabilitative o comunque altrimenti definite dalle normative regionali e nazionali che regolamentano le strutture residenziali ospedaliere ed extraospedaliere, nonché case famiglia, centri diurni e simili appartenenti al Sociale ed al sociale-sanitario);
- d) collaborare con i Servizi Pubblici per la stesura ed attuazione di programmi terapeutici di persone assistite dagli stessi Servizi, curandone l'inserimento nelle strutture intermedie residenziali, semiresidenziali a residenzialità assistita e/o protetta nelle tipologie di cui sopra;
- e) l'acquisto l'affitto o la concessione gratuita di qualunque bene immobile, o mobile registrato, utile ai suoi fini



e attrezzarlo;

a) l'acquisizione in comodato d'uso, in affitto o in tutte le altre forme permesse dalle vigenti leggi, anche rilevandoli da altre entità associative o societarie programmi terapeutici e riabilitativi già avviati; l'organizzazione e la gestione di aziende o di rami delle stesse aventi ad oggetto la conduzione di Comunità psico-socio terapeutiche; anche affiancando alle attività di prevalente finalità terapeutica, attività commerciali utili a sostenere i progetti di reinserimento sociale degli affidati in cura alla Reverie Fondatori srl.

f) la sottoscrizione di contratti di appalto per la gestione di servizi e convenzioni con Enti pubblici e privati;

g) la pubblicazione di libri, bollettini, materiale di informazione, giornali e riviste, con esclusione della stampa quotidiana, aventi computo attinente allo scopo;

h) l'organizzazione in proprio e/o la partecipazione tramite propri rappresentanti a riunioni, convegni, conferenze, dibattiti, seminari, corsi di studio o aggiornamento nell'ambito della problematica dello studio e della ricerca applicata nel campo della terapia per la sofferenza psichica;

i) la predisposizione di una serie di attività di studio e ricerca teorico-pratica per il tirocinio, la formazione, la supervisione e l'aggiornamento professionale di operatori di strutture intermedie;

l) la promozione, eventualmente utilizzando altre esperienze, la creazione di altri tipi di Comunità e programmi terapeutici per persone con disagi psichici e/o esistenziali. Dette comunità e programmi terapeutici, come quelli di cui ai punti precedenti, potranno essere dati in gestione in tutto e/o in parte, con le modalità proposte dal Consiglio di Amministrazione, ad apposite entità societarie e/o associative a tale scopo costituitesi e/o già di fatto operanti nel settore.

m) l'organizzazione di corsi di formazione clinica o professionale a tutti i livelli possibili purché utili ai fini del raggiungimento degli scopi statutari.

La Società potrà altresì aderire, nel rispetto del presente Statuto, nelle forme che l'Organo Amministrativo riterrà più opportune, ad altre associazioni, federazioni, consorzi di imprese ed altre simili iniziative a forme di "joint ventures", purché utili al raggiungimento dello scopo sociale.

n) la collaborazione e lo sviluppo di sinergie operative con Associazioni ed Enti, sia per gli aspetti di studio e di ricerca, sia anche per quelli gestionali e finanziari in armonia con i reciproci statuti, per quanto gli stessi prevedano, senza che questo possa andare a costituire conflitto di interesse.

La società potrà, in relazione all'oggetto sociale di cui sopra prestare garanzie reali e personali anche a favore di terzi e senza alcun limite, restando esclusa la prestazione di garanzie a favore del pubblico, parimenti aprire, chiudere e movimentare conti correnti bancari e tutte le altre operazioni bancarie a breve, medio e lungo termine comunque sempre connesse all'oggetto sociale.



STRUTTURA	POSTI
CT Capena (RM) via Passo Cavallone 4	18 posti accreditati + 2 posti autorizzati
CT Capena (RM) via Morlupo 94	17 posti accreditati + 3 posti autorizzati
CD Capena (RM) via Morlupo 94	8 posti accreditati + 8 posti autorizzati



1.2 - INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) (ex PARM) 2023 E 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.

È stato attivato il monitoraggio sul consumo di antibiotici, istituito un registro del consumo degli antibiotici, pur se disatteso nel periodo di emergenza COVID-19 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. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e l'Antimicrobicoresistenza (AMR) sono stati identificati dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) come un pericolo significativo per la salute pubblica e che richiedono interventi specifici.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, *day-hospital/day-surgery*, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali. Sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria.

Lo studio di prevalenza svolto dall'ECDC (Suetens C et al, 2018) ha stimato che nel biennio 2016-2017 in Europa 3.8 milioni di pazienti l'anno erano affetti da ICA.

La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5-8% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti in assistenza domiciliare, e con frequenza sempre maggiore queste infezioni sono sostenute da germi Antimicrobico-resistenti.

La ricorrenza di ICA e di eventi epidemici osservati all'interno di Strutture Sanitarie rende necessario attivare Sistemi di Sorveglianza Epidemiologica, in grado di identificare tempestivamente le ICA, i germi responsabili e l'insorgenza di AMR, consentendo pertanto l'adozione di opportune Misure di Controllo.



È dimostrato, infatti, che efficaci programmi per la Prevenzione e il Controllo delle ICA, in cui la Sorveglianza svolge un ruolo centrale, sono in grado di contenere e anche ridurre le infezioni.

I pazienti che risiedono in strutture psichiatriche hanno caratteristiche uniche che li differenziano dai pazienti in strutture mediche acute.

La letteratura è scarsa, a riguardo citeremo una pubblicazione che sembra focalizzarne, a nostro avviso, le peculiarità.

Secondo uno studio condotto da Yuriko Fukuta, e Robert R. Muder, (pubblicato su *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34(1):80-88) i pazienti psichiatrici in comunità hanno, un minor numero di comorbidità rispetto a pazienti ricoverati in reparti di terapia intensiva o in cliniche.

Il loro rischio infettivo è più simile a quello dei pazienti ambulatoriali. Si stima che nei centri diurni la problematica di ICA è sovrapponibile in toto a quella dei pazienti ambulatoriali.

Ci sono alcune somiglianze tra l'ambiente residenziale di assistenza a lungo termine e l'ambiente di cura psichiatrica: entrambi i gruppi di residenti tendono a rimanere per lunghi periodi di tempo e frequentano eventi congregati, come una terapia di gruppo o ricreativa.

La Società Epidemiologica Americana (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) nel 2008 ha definito inapplicabili le linee guida per la prevenzione della diffusione delle infezioni nelle cliniche e negli ospedali alle strutture comunitarie (SHEA/APIC Guideline 2008) ed ha individuato delle linee guida per le strutture residenziali estensibili anche alle comunità psichiatriche.

Le caratteristiche uniche dei pazienti psichiatrici possono rendere difficile l'attuazione di tali linee guida. Ad esempio, i pazienti psichiatrici non possono collaborare con misure igieniche o misure preventive sanitarie, come l'immunizzazione.

L'uso di strofinare l'alcol a mano è spesso limitato a causa di preoccupazioni circa l'ingestione di alcol da parte di pazienti con una storia di abuso di sostanze.

I pazienti psichiatrici hanno un'alta incidenza di infezione cronica correlata all'abuso di sostanze e a fattori socioeconomici, tra cui l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), l'epatite B e C e la tubercolosi.

Le strutture della Regione negli anni pregressi hanno redatto un documento in accordo con le norme vigenti sulle procedure e strumenti di pulizia e sanificazione.

Una nota della Regione Lazio e dell'Azienda USL RMF (ora ROMA 4) (Prot. n.932 del 30/06/2006) ha definitivamente stabilito che per le caratteristiche delle strutture riabilitative Regione non è obbligatorio attenersi alle norme HACCP per la sicurezza alimentare e le norme di sanificazione.

Le persone a rischio di contrarre un'infezione correlata all'assistenza sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, gli studenti e i tirocinanti. Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono:



- età (neonati, anziani);
- altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale);
- malnutrizione;
- traumi e ustioni;
- alterazioni dello stato di coscienza;
- trapianti d'organo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici);
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc.);
- via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza.

Circa l'80% di tutte le ICA riguarda quattro sedi principali: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio, infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

Relativamente alla prevenzione, le strutture associate Reverie hanno predisposto una batteria di esami ematochimici da effettuare prima dell'ingresso in comunità per ridurre il rischio di infezioni portate dall'esterno. In occasione della prima stesura di questo documento (ex PAICA 2019), recepite le indicazioni, sono state inseriti i test di monitoraggio per le CPE tuttora in vigore.

In tale batteria è contenuto lo screening di profilassi dai principali rischi infettivi (tratto respiratorio, il tratto gastrointestinale, la pelle, malattie sessualmente trasmesse);

- 1) Tine Test (*se positivo*: effettuare Rx Torace)/mantoux test
- 2) Coprocoltura estesa (compresa Salmonellosi e CPE)
- 3) Vaccinazione antitetanica (o richiamo)
- 4) VDRL (*se positivo* TPHA)
- 5) Anti HbsAg (*se positivo*:ricerca dei markers dell'epatite B) (*se negativo*: effettuare vaccinazione per Epatite B) + Anti HCV + Anti HIV

In corso della permanenza in comunità il monitoraggio verrà effettuato come segue in accordo alle norme di monitoraggio clinico delle infezioni individuati dalla letteratura (Fukuta Y, Muder RR. Infections in psychiatric facilities, with an emphasis on outbreaks. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Jan;34(1):80-8.) e alle indicazioni della Direzione Sanitaria.



- 1 ogni sei mesi o in caso di diarrea persistente
--->coprocoltura estesa (salmonella schigella PCE norovirus parassiti)
- 2 in caso di tosse persistente con febbre e segni di disfunzione ventilatoria
---> invio in pronto soccorso rx torace (virus respiratori sinciziali, adenovirus, metapneumovirus, tubercolosi)
- 3 in caso di faringite e febbre persistente
--->tampone faringeo (streptococchi)
- 4 in presenza di segni di infezione urinaria
---> urinocoltura.

A livello di igiene e profilassi ambientale le SAR prevedono

1. periodo autunnale
--->sensibilizzazione alla vaccinazione antiinfluenzale
2. attività quotidiana
--->invito al lavaggio delle mani e sanificazione
3. areazione quotidiana di tutti i locali
4. pulizia ordinaria di tutti i locali
5. pulizia periodica dei filtri dell'impianto di aria condizionata ogni sei mesi

Da marzo 2020 sono state incrementate le misure di attenzione alla diffusione delle malattie infettive implementando la sanificazione delle mani, con l'applicazione delle misure di distanziamento, protezione, profilassi, controllo quotidiano delle temperature, individuazione di stanze di isolamento per il Covid 19 ed altre malattie infettive.

Tutti gli ospiti della SAR seguono il piano vaccinale completo, eccetto che per pazienti ed operatori dispensati dalle autorità sanitarie.

Per ciascuna Struttura è garantita almeno una stanza adibita all'isolamento di pazienti infettivi.

In ogni struttura della SAR i dispensers di gel idroalcolico sono presenti e accessibili in tutte le UU.OO e spazi comuni delle Strutture Reverie.

Sempre nel 2019, Le Strutture Reverie, hanno individuato obiettivi, funzioni ed individui responsabili della prevenzione del rischio clinico, in risposta alle linee guida recepite per la compilazione degli ex PARM, perseguono i seguenti 4 obiettivi strategici:

- 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;
- d. partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

Il piano annuale per la gestione del rischio infettivo delle S.A.R. è conforme, tanto alla Determinazione N.G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio, avente ad oggetto l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario", quanto a tutta la normativa precedente ivi compresa la Determinazione della Regione Lazio N. G00163 del 11 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" e successive modifiche e integrazioni. Con il PARS 2023 vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale al fine di garantire la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in definitiva, contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

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).



1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2022:

- 1) Nelle comunità non si sono verificati 2 eventi sentinella (2 aggressioni ad operatore) esitati in un esposto del direttore sanitario ed in una querela di parte (successivamente ritirata) segnalazione al magistrato (il soggetto era già sottoposto a misure restrittive della libertà personale), nessuna aggressione ha determinato danni refertati né eventi avversi né "Near Miss";
- 2) Nel CENTRO DIURNO non si sono verificati eventi sentinella né eventi avversi né "Near Miss";
- 3) Inoltre, non si è avuto alcun sinistro né è stato quindi erogato alcun risarcimento.

Tipo di evento N	N° (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss	0	Strutturali (%)	Strutturali (%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%)
Eventi avversi	0	Tecnologici (%) Organizzativi (%)	Tecnologici (%) Organizzativi (%)	
Eventi sentinella	2	Procedure/Comunicazione (100%)	Procedure/Comunicazione (100%)	

Anno	N° sinistri	Risarcimenti erogati
2013	0	0
2014	0	0
2015	0	0
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0



1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella sottostante presentiamo i dati della posizione assicurativa dal 2015 a oggi.

Reverie Fondatori

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia assicurativa	Premio netto	franchigia	Brokeraggio
2016	30/04/2016	Groupama	814,50	250	0
2017	30/04/2017	Groupama	814,50	250	0
2018	30/04/2018	Groupama	814,50	250	0
2019	30/04/2019	Groupama	981	250	0
2020	30/04/2021	Groupama	1200		0
2021	28/05/2022	Groupama	3500		0
2022	28/05/2023	Groupama	3500		0



1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nella tabella sottostante presentiamo le varie attività previste nel PARM per l'anno 2021, con indicazione della loro realizzazione ed eventuali criticità.

Obiettivo 1 - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
1. RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 2h	si	Verbale riunione assemblea di struttura
CORSI SPECIFICI SULLA SICUREZZA (antincendio, BLSD)	si	Registro partecipanti e fatturazione

Obiettivo 2 – Miglioramento della appropriatezza assistenziale e organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
1. Riunione di equipe settimanale 2h	si	Verbale riunione assemblea di struttura
2. Registro (monitoraggio giornalieri delle assunzioni)	Si	Registro giornaliero cartaceo assunzioni
3 programma farmaci (gestisce archivio, segnala i farmaci in scadenza ecc.)	Si	
4 supervisione mensile di ciascuna equipe delle comunità e del centro diurno	si	Fatture e registro presenze
5. Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal	si	Fatture registro presenze
6. Introduzione dell'utilizzo della scheda incident reporting.	si	Disponibilità della scheda incident reporting in bacheca
7. Informazione e prevenzione aggressioni e violenze sugli Operatori Sanitari.	si	Verbale riunione assemblea di struttura



Obiettivo 3 – Informazione al paziente sulla sicurezza		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
1. Riunione di equipe settimanale 2h	si	Verbale riunione assemblea di struttura
2 supervisione mensile di ciascuna equipe delle comunità e trimestrale del centro diurno	si	Fatture e registro presenze
3. Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal	si	Fatture registro presenze
4 Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	No	Non è ancora stato istituito.
5 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 PARS 2022 (A causa della Pandemia da Covid-19, nel 2021 è stato riproposto il PAICA del 2020.

Obiettivo	Attività	Outcome	Realizzata	Stato di attuazione
Sorveglianza epidemiologica delle ICA	ANALISI DELLA PREVALENZA DELLE ICA NELLE S.A.R	REPORT ANNUALE DELLO STUDIO DI PREVALENZA	SI	SI
Sorveglianza	Analisi del	PERIODICA	SI	EFFETTUATA



epidemiologica delle colonizzazioni da CPE	Report relativo ALLE colonizzazioni da CPE allo screening DI INGRESSO	VALUTAZIONE SU COPROCULTURA OGNI 6 MESI SULLE COLONIZZAZIONI DA CPE NEGLI OSPITI		SOLO ALL'INGRESSO PER EMERGENZA COVID
Sorveglianza germi Alert	Monitoraggio germi alert	Report annuale	SI	SI
Monitoraggio del consumo degli antibiotici	Prevalenza del consumo di antibiotici in comunità	Report annuale	NO	ISTITUZIONE REGISTRO ANTIBIOTICI
Riesame e Revisione delle procedure sulla prevenzione e del controllo delle ICA	Procedure relative alla prevenzione delle ICA	Documenti riesaminati ed aggiornati	NO	BLOCCO REVISIONE PER EMERGENZA COVID
Formazione	PIANIFICAZIONE ED EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE	Sensibilizzazione dei Pazienti e dei visitatori a comportamenti sicuri per la prevenzione e il controllo delle ICA	SI	PRATICHE IGENICO SANITARIE PER LIMITAZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL COVID
Gestione degli eventi avversi in ambito di rischio infettivo	Audit clinici	Almeno 2 audit clinici anno	SI	RELATIVE AL COVID
Informazione agli ospiti e ai visitatori sulle Misure di Prevenzione e controllo delle ICA	Diffusione materiale illustrativo ai Pazienti e i visitatori per la prevenzione e il controllo delle ICA	Sensibilizzazione dei Pazienti e dei visitatori a comportamenti sicuri per la prevenzione e il controllo delle ICA	NO	PRODUZIONE DI MATERIALE INERENTE AL COVID
Notifica malattie Infettive e batteriemie da CPE (sistema di sorveglianza passiva)	Notifica alla ASL RM4 degli eventi infettivi e delle batteriemie da CPE	Notifica di tutte le malattie infettive e batteriemie da CPE	NO	NESSUN CASO RILEVATO



Notifica entro 24h al SeRESMI degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) con Resistenza a Ceftazidime-Avibactam	Notifica al SeRESMI e alla ASL RM4 degli eventi infettivi e sostenuti da CPE con resistenza a Ceftazidime-Avibactam	Notifica al SeRESMI e alla ASL RM4 degli eventi infettivi e sostenuti da CPE con resistenza a Ceftazidime-Avibactam	NO	NESSUN CASO REGISTRATO
Installazione di distributori gelidroalcolico per la disinfezione delle mani	controllo dei livelli e disponibilità		SI	Verifiche della presenza in tutti gli ambienti dei Presidi

GLOSSARIO

AMR: Antimicrobicoresistenza

CCICA: Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

CDC: Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie di Atlanta (USA)

CIO: Comitato Infezioni Ospedaliere

CPE: Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi

DCA: Decreto del commissario ad Acta

ECDC: Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

GO: Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni

ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza

LL.GG.: Linee Guida

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PAICA: Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza

SAR: Strutture Associate Reverie



Obiettivo	Attività realizzate nel 2022	Outcome realizzato nel 2022	Responsabilità	Operatività
Sorveglianza epidemiologica delle ICA	ANALISI DELLA PREVALENZA DELLE ICA NELLE S.A.R	REPORT ANNUALE DELLO STUDIO DI PREVALENZA	MEMBRI DEL CCICA	GO DEL CCICA
Sorveglianza epidemiologica delle colonizzazioni da CPE	analisi del Report relativo alle colonizzazioni da CPE allo screening DI INGRESSO	NO	Membri DEL CCICA	GO del CCICA
Sorveglianza germi Alert	Monitoraggio germi alert	Report annuale (0 eventi)	Membri DEL CCICA	
Monitoraggio del consumo degli antibiotici	Prevalenza del consumo di antibiotici in comunità	NO	Membri DEL CCICA	
Riesame e Revisione delle procedure sulla prevenzione e del controllo delle ICA	Procedure relative alla prevenzione delle ICA	Documenti riesaminati ed aggiornati	Membri del CCICA	GO DEL CCICA CLINICAL RISK MANAGEMENT
Formazione	pianificazione ed erogazione della formazione		MEMBRI DEL CCICA	
Gestione degli eventi avversi in ambito di rischio infettivo	Audit clinici	Almeno 2 audit clinici anno	Risk management team	Risk management team
Informazione agli ospiti e ai visitatori sulle Misure di prevenzione controllo delle ICA e del COVID-19	Diffusione materiale illustrativo ai Pazienti e ai visitatori per la prevenzione e il controllo delle ICA e del COVID-19	Sensibilizzazione dei Pazienti e dei visitatori a comportamenti sicuri per la prevenzione e il controllo delle ICA e del COVID-19	Direzione sanitaria	GO



Notifica malattie infettive e batteriemie da CPE (sistema di sorveglianza passiva)	Notifica alla ASL RM4 degli eventi infettivi e delle batteriemie da CPE	Notifica di tutte le malattie infettive e batteriemie da CPE	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Notifica entro 24h al SeRESMI degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) con Resistenza a Ceftazidime-Avibactam	Notifica al SeRESMI e alla ASL RM4 degli eventi infettivi e sostenuti da CPE con resistenza a Ceftazidime-Avibactam	Notifica al SeRESMI e alla ASL RM4 degli eventi infettivi e sostenuti da CPE con resistenza a Ceftazidime-Avibactam	Direzione sanitaria	Direzione sanitaria Medico curante



2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

azione	Direttore sanitario/ Presidente CCICA	Risk manager	Responsabile del Presidio	Rappresentant e Legale e Direttore Amministrativo	Strutture amministrative e tecniche di supporto
Redazione PARS	R	C	C	C	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	R	C	-
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	-

Legenda:

R – Responsabile

C – Coinvolto

I – Interessato



3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Le Strutture Reverie, in ordine al Pars, perseguono i seguenti 3 obiettivi strategici:

- 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;

ATTIVITÀ

Nella tabella sottostante presentiamo le attività previste per il raggiungimento di ognuno dei 3 obiettivi.

Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure	
Attività 1 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE	
Indicatore – esecuzione mensile come da report	
Standard – formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio	
Matrice delle responsabilità	
Azione	Responsabile del Presidio
Esecuzione	R

Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure	
Attività 2 – CORSI SPECIFICI SULLA SICUREZZA: 2018 Corso sulla sicurezza Aziendale (evacuazione, vie di fuga, estintori)2019 CORSO CORSI AIFES 2020; CORSO PREVENZIONE INCENDI, CORSO PRIMO SOCCORSO E BLSD, 2022 FORMAZIONE AIFES	
Indicatore – esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Direzione Aziendale	
Matrice delle responsabilità	
Azione	Direzione Aziendale
Progettazione del corso	R
Accreditamento del corso	R
Esecuzione del corso	R



Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.	
Attività 1 Registro (monitoraggio giornalieri delle assunzioni dei farmaci)	
Indicatore – Registro giornaliero cartaceo assunzioni dei farmaci	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio	
Matrice delle responsabilità	
Azione	Direzione di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.	
Attività 2 programma farmaci (gestisce archivio, segnala i farmaci in scadenza ecc.)	
Indicatore – Attività infermiere	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio	
Azione	Direzione di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.	
Attività 3 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 2 ore	
Indicatore – esecuzione settimanale come da verbali assemblee di struttura.	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio e verbali assemblee di struttura.	



Matrice delle responsabilità	
Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R

Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 4 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di Gestione del Rischio Clinico”

Indicatore – esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2022

Standard - formazione del personale

Fonte – Direzione Aziendale

Matrice delle responsabilità	
Azione	Direzione Aziendale
Progettazione del corso	C
Esecuzione del corso	R C

Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 5 Supervisione mensile delle équipes da Supervisore esterno (3 ore al mese per Presidio SRTR-e)

Indicatore – Registro presenze e fatturazione

Standard - formazione del personale



Fonte – Responsabile del Presidio	
Matrice della responsabilità	
Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.	
Attività 6 Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppalari nelle SRTR-e	
Indicatore – Registro presenze e fatturazione	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio	
Matrice della responsabilità	
Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.	
Attività 1 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 2 ore	
Indicatore – esecuzione settimanale come da verbali assemblee di struttura.	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio e verbali assemblee di struttura.	
Matrice delle responsabilità	



Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.	
Attività 2 Supervisione mensile delle équipes (3 ore al mese)	
Indicatore – Registro presenze e fatturazione	
Standard - formazione del personale	
Matrice delle responsabilità	
Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R
Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.	
Attività 3 Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal	
Indicatore – Registro presenze e fatturazione	
Standard - formazione del personale	
Fonte – Responsabile del Presidio	
Matrice delle responsabilità	
Azione	Responsabile di Struttura
Esecuzione	R

Legenda:



R – Responsabile C – Coinvolto

I – Interessato

ATTIVITÀ 2023 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (EX PAICA)

Vengono riproposte ed implementati gli obiettivi e le attività del 2020

Obiettivo: Sorveglianza Epidemiologica delle ICA
Attività: Studi di Prevalenza Puntuale delle ICA in tutte le SAR
Indicatore: Realizzazione di studi di Prevalenza Puntuale delle ICA
Standard: Si
Struttura Responsabile: GO

AZIONE	GO	CCICA	Clinical Management Team	Risk	Direzione Infermieristica
Progettazione	R	C	C		C
Rilevazione Dati	R	I	R		C
Elaborazione Dati	R	I	I		I
Feedback Informativo	C	R	I		C

Obiettivo: Gestioni degli Eventi Avversi in ambito di Rischio Infettivo
Attività: Svolgimento di audit clinici mirati alle ICA
Indicatore: Realizzazione di almeno 2 audit clinici sulle ICA
Standard: Si
Struttura Responsabile: Clinical Risk Management Team



Obiettivo: Informazione ai Pazienti e ai visitatori sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA
Attività: Diffusione ai Pazienti e ai visitatori sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA
Indicatori: Realizzazione e diffusione del materiale informativo
Standard: Si
Struttura Responsabile: Direzione Sanitaria

AZIONE	GO	CCICA	Direziene sanitaria
Progettaziene	R	R	R
Realizzazione Materiale	R	R	R
Diffusione Materiale Informativo	I	I	R



Obiettivo: Sorveglianza Epidemiologica delle Colonizzazioni da CPE
Attività: Screening all'accettazione di tutti i pazienti accettati per ricovero ordinario nelle SAR
Indicatore: Realizzazione dello screening
Standard: Si
Struttura Responsabile: CCICA e GO

AZIONE	GO	CCICA	UU.OO.CC	Laboratorio Analisi
Progettazione	R	R	I	C
Esecuzione Screening	C	I	R	R
Rilevazione Dati	R	I	I	I
Elaborazione Dati	R	I	I	I
Feedback Informativo	C	R	I	I



Obiettivo: Sorveglianza dei germi Alert
Attività: Monitoraggio germi Alert
Indicatore: Report annuale
Standard: Si
Struttura Responsabile: Laboratorio Analisi

AZIONE	GO	CCICA	Laboratorio Analisi	UU.00.CC
Progettazione	C	C	R	i
Rilevazione Dati	C	I	R	i
Elaborazione Dati	C	I	R	I
Feedback Informativo	C	R	I	I



Obiettivo: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
Attività: Monitoraggio del consumo degli antibiotici
Indicatore: Report annuale dei consumi con utilizzo di scheda di raccolta
Standard: Si
Struttura Responsabile: CCICA

AZIONE	CCICA
Progettazione	R
Rilevazione Dati	C
Elaborazione Dati	C
Feedback Informativo	C



Obiettivo: Riesame e Revisione delle procedure sulla Prevenzione e il Controllo delle ICA
Attività: Revisione delle procedure sulla Prevenzione e il Controllo delle ICA
Indicatore: Revisione
Standard: Si
Struttura Responsabile: CCICA e GO

AZIONE	GO	CCICA
Progettazione	R	R
Revisione	R	I
Feedback Informativa	C	R

Obiettivo: Gestioni degli Eventi Avversi in ambito di Rischio Infettivo
Attività: Svolgimento di audit clinici mirati alle ICA
Indicatore: Realizzazione di almeno 2 audit clinici sulle ICA
Standard: Si
Struttura Responsabile: Clinical Risk Management Team



AZIONE	GO	Clinical Management Team	Risk
Progettazione	R	R	
Realizzazione Audit	C	R	
Intervento di miglioramento	R	R	
Feedback Informativo	C	R	



Obiettivo: Informazione ai Pazienti e ai visitatori sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA

Attività: Diffusione ai Pazienti e ai visitatori sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA

Indicatore: Realizzazione e diffusione del materiale informative

Standard: Si

Struttura Responsabile: Direzione sanitaria

AZIONE	GO	CCICA	Direzione sanitaria
Progettazione	R	R	R
Realizzazione Materiale	R	R	R
Diffusione Materiale Informative	I	I	R



Obiettivo: Sorveglianza epidemiologica delle Malattie Infettive
Attività: Sorveglianza epidemiologica delle delle Malattie Infettive e invio notifica alla ASL RM4
Indicatore: Invio notifica alla ASL RM4
Standard: Si
Struttura Responsabile Direzione Sanitaria

AZIONE	Direzione Sanitaria	CCICA	
Segnalazione malattia infettiva	I	C	
Invio Schedadi Notifica alla ASL RM4	R	I	
Elaborazione Dati	R	I	



Obiettivo: Sorveglianza epidemiologica delle Batteriemie da CPE
Attività: Sorveglianza epidemiologica delle Batteriemie da CPE e invio notifica alla ASL RM4
Indicatore: Invio notifica alla ASL RM4
Standard: Si
Struttura Responsabile Direzione Sanitaria

AZIONE	Direzione Sanitaria	CCICA	
Segnalazione Batteriemia CPE alla Direzione sanitaria	I	C	
Invio Scheda di Notifica Batteriemia CPE alla ASL RM4	R	I	
Elaborazione Dati	R	I	



Obiettivo: Sorveglianza epidemiologica degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) resistenti anche a Ceftazidime-Avibactam
Attività: identificazione degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) resistenti anche a Ceftazidime-Avibactam
Indicatore: Realizzazione Ceftazidime-Avibactam dell'antibiogramma che attesta la resistenza del germe
Standard: Si
Struttura Responsabile: Laboratorio Analisi

AZIONE	GO	CCICA
Progettazione	R	R
Esecuzione Antibiogramma	I	I
Feedback Informativo	C	I



Obiettivo: Notifica al SeRESMI degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) con resistenza a Ceftazidime-Avibactam
Attività: Sorveglianza degli isolati con Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) con resistenza a Ceftazidime-Avibactam
Indicatore: Invio notifica al SeRESMI e alla ASL RM4
Standard: Si
Struttura Responsabile Direzione Sanitaria

AZIONE	Direzione Sanitaria	CCICA
Segnalazione degli isolati resistenti anche a Ceftazidime- Avibactam al medico di reparto e alla Direzione Sanitaria	I	C
Redazione relazione clinica sul Paziente	I	C
Invio Scheda di Notifica nota al SeRESMI e ASL RM4	R	I
Elaborazione Dati	R	I



COMITATO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CCICA) e GRUPPO OPERATIVO (GO)

CTR di via Morlupo 94, Capena (RM)

Membri del Comitato CCICA: dott. Massimo Salviati (Presidente), dott. Antonino Serio (Vicepresidente), dott.ssa Maria Ciambella, dott. Felice Damiano Torricelli, dott. Roberto Quintiliani.

Membri del Gruppo Operativo GO: psichiatra dott. Massimo Salviati, psicologi: dott. Antonino Serio (Coordinatore), dott. Roberto Quintiliani, dott. Giampiero Di Leo, dott.ssa Maria Concetta Bartolo, dott. Felice Damiano Torricelli, dott. Leonardo Fabro, dott.ssa Ziba Moinzadeh, dott.ssa Raffaella Massara, dott. Valerio Martini, dott. Luigi Sofia, dott.ssa Laura Fantuzzi, dott.ssa Nicoletta Scialpi, dott.ssa Federica Pilato, dott. Luigi Sofia, dott. Daniele Martuscielli, OSS Raquel Vissio e Joannis Konstandinomanolakis, assistente sociale Lucia Scialpi, Infermiere Professionale Mario Marchettini, educatore professionale Dario Massimi.

CTR1 di via Passo Del Cavallone 4, Capena (RM)

Membri del Comitato CCICA: Dott. Piero Venturi (Presidente), Dott. Giampiero Di Leo (Vicepresidente), Dott. Antonino Serio.

Membri del Gruppo Operativo GO: psichiatra dott. Piero Venturi, psicologi: dott. Antonino Serio (Coordinatore), dott. Giampiero Di Leo, dott. Roberto Quintiliani, dott.ssa Maria Ciambella, dott.ssa Maddalena Robert, dott.ssa Maria Antonietta Iuculano, dott.ssa Alessandra Marinucci, dott. Stefano Minelli, dott.ssa Camilla Oliveti, dott.ssa Domitilla L'Abbate, dott. Simone Schirinzi, dott. Riccardo Giuliani, dott.ssa Eleonora Salmè, dott.ssa Valeria Gallinari, dott.ssa Marianna Genitore, dott.ssa Domenica De Petra, dott. Pompeo Cordisco, educatori professionali Antonello Caruso e Alessandro Iabone, OSS Alessandro Iabone, OSS Vittoria Fornara, infermieri professionali Luciano Ferrone e Mario Marchettini, assistente sociale Lucia Scialpi .



Centro Diurno di via Morlupo 94, Capena (RM)

Membri del Comitato CCICA: dott. Felice Torricelli (Presidente), dott. Giampiero Di Leo (Vicepresidente), dott. Roberto Quintiliani.

Membri del Gruppo Operativo GO: dott. Felice Damiano Torricelli (Coordinatore), dott. Giampiero Di Leo, dott. Giuseppe Gagliardi, dott.ssa Giovanna Giuliani, dott.ssa Alessia Zizzi, dott.ssa Raffaella Quaglia, dott.ssa Valentina Bongi, dott. Emanuele Mensa

1.1.1. TEAM RISCHIO CLINICO

CTR di via Morlupo 94, Capena (RM)

Membri del Gruppo: Dott. Massimo Salviati (Risk Manager), dott. Antonino Serio, infermiere Mario Marchettini.

CTR di via Passo Del Cavallone 4, Capena (RM)

Membri del Gruppo: Dott. Piero Venturi (Risk Manager), dott. Antonino Serio, infermiere Luciano Ferrone.

CD Centro Diurno di via Morlupo 94, Capena (RM)

Membri del Gruppo: Dott. Felice Damiano Torricelli (Risk Manager), dott. Giampiero Di Leo, dott. Massimo Salviati.



2. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM)

verrà diffuso a livello Aziendale mediante:

- a. Presentazione alle équipes da parte di Risk Manager e Direttori Sanitari
- b. Pubblicazione sul sito Internet www.reverie.it (nella sezione Documenti)
- c. Invio via mail agli operatori

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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);
2. 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”;
3. 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”;
4. 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”
5. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;



8. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
9. 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”;
10. 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)’”;
11. 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;
12. 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”;
13. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
14. 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”;
15. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
16. 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”;
17. 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’”;



18. 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”;
19. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro

Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

20. Determinazione Regionale n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza

Capena, 28/02/2023