

DELIBERAZIONE N° 340 del 28/02/2024

Struttura proponente: U.O.C. QUALITA' E ACCREDITAMENTO INTERNO	Proposta n. 1047 del 2024
Oggetto: Adozione del PARS 2024 e rendicontazione obiettivi e attività 2023	
Responsabile dell'Istruttoria: Simona AMATO	
Responsabile Unico del Procedimento: Simona AMATO	
<i>Il direttore proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta, ai fini dell'art. 1 della L. n°20/1994 così come modificato dall'art.3 della L.639/1996, che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.</i>	
<i>Data</i> 27/02/2024	<i>Firmato</i> Simona AMATO
Gestore di spesa/ Titolare di budget	
Per presa visione	
Il Direttore attesta che il presente atto non comporta complessivamente uno scostamento sfavorevole rispetto al budget assegnato.	
<i>Direttore U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI SANITARI</i>	
<i>Data</i> 28/02/2024	<i>Firmato (Delegato)</i> Massimiliano Calisti
Per presa visione	
<i>Direttore U.O.C. BILANCIO E CICLO PASSIVO</i>	
<i>Data</i> 28/02/2024	<i>Firmato</i> Massimo Armitari
Parere del Direttore Amministrativo	<input checked="" type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole
<i>Data</i> 28/02/2024	<i>Firmato</i> Pasquale Moliterno
Parere del Direttore Sanitario	<input checked="" type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole
<i>Data</i> 28/02/2024	<i>Firmato</i> Giuseppe Gambale
Il Direttore Generale	
<i>Data</i> 28/02/2024	<i>Firmato</i> Giorgio Casati
<i>La presente deliberazione si compone di n. 41 pagine, di cui n. 37 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale</i>	

IL DIRETTORE DELLA UOC RISK MANAGEMENT

PREMESSO CHE

- con Decreto del Commissario ad Acta U00606 del 30 dicembre 2015, in attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con DCA n. U00247/14 è stata istituita, tra l'altro, la ASL Roma 2, con contestuale soppressione delle AA.SS.LL. Roma B e Roma C, a far data dal 1 gennaio 2016;
- in virtù del sopra indicato DCA n. U00606/2015, la nuova ASL "ROMA 2" è subentrata nel patrimonio attivo e passivo ed in ogni rapporto anche processuale facente capo alle preesistenti Aziende;

RICHIAMATI:

- il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00058 del 15/03/2021 avente ad oggetto: "*Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2*";
- la deliberazione n. 981 del 29 marzo 2021 di insediamento ed assunzione in carica del Direttore Generale dell'ASL Roma 2, Dott. Giorgio Casati;
- la deliberazione n. 594 del 06.04.2023 con cui sono state attribuite le funzioni vicarie di Direttore Amministrativo al Dott. Pasquale Moliterno, e la deliberazione n. 171 del 31/01/2022 con cui è stato nominato il Dott. Giuseppe Gambale quale Direttore Sanitario della ASL Roma 2;

RICHIAMATA la deliberazione n. 1385 del 27/10/2023 con cui al proponente veniva attribuita la responsabilità *ad interim* della struttura;

VISTA la Determinazione Regionale G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", avente per oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARS 2022";

PREDISPOSTO il Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l'anno 2024 secondo le Linee Guida Regionali ad hoc predisposte;

ATTESTATO sotto la responsabilità del sottoscritto che il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) e al D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (c.d. Codice della Privacy).

DATO ATTO che gli oneri di cui al presente atto non comportano alcuno scostamento rispetto al budget di assegnazione;

DATO ATTO che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili;

ATTESTATO INFINE sotto la responsabilità del sottoscritto che il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) e al D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (c.d. Codice della Privacy).

PROPONE

- 1) di adottare il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l'anno 2024, allegato al

Delibera 340/2024



presente provvedimento e di cui costituisce parte integrante;

- 2) di stabilire che il rispetto di quanto contenuto nel Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e la realizzazione degli interventi in esso individuati sono obbligo di servizio “per tutti i dipendenti e il personale delle ditte/società in outsourcing che operano nella e/o per conto della ASL Roma 2”.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Casati, in attuazione del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00058 del 15/03/2021 nonché dell’atto deliberativo n. 981 del 29/03/2021;

LETTA E VALUTATA la sovraesposta proposta di delibera presentata dal Responsabile della struttura proponente indicata nel frontespizio;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

VISTO il parere espresso dal Direttore Amministrativo, con funzioni vicarie **Dott. Pasquale Molierno** e dal Direttore Sanitario, **Dott. Giuseppe Gambale**;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che fanno parte integrante del presente provvedimento, di approvare la sovra esposta proposta, che qui si intende integralmente riportata, e di renderla disposta;

La presente deliberazione sarà posta in pubblicazione all’Albo pretorio *online* sul sito *web* istituzionale aziendale www.aslroma2.it per quindici giorni consecutivi e contestualmente resa disponibile al Collegio sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Casati



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 1 di 37

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024

ASL ROMA 2



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 2 di 37

Sommario

A0. PREMESSA	3
A1. Contesto organizzativo della gestione dei rischi	4
A2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	8
A3. Descrizione della posizione assicurativa	12
A.4 Il CICA: gestione del rischio infettivo, organizzazione e riduzione del rischio	13
A5. Resoconto delle attività del PIANO PRECEDENTE	15
A5.1 PARS 2023_RISK MANAGEMENT	15
A5.2 PARS 2023_RISCHIO INFETTIVO	17
A6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	24
A7. OBIETTIVI E ATTIVITA’_ RISK MANAGEMENT	25
A7.1 OBIETTIVI	25
A7.2 ATTIVITA’	26
A8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	28
A8.1 OBIETTIVI	28
A8.2 ATTIVITA’	29
A9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	34
A10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	35
A11. Allegato 1 - Inserimento dati su piattaforma PREMAL	37



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 3 di 37

A0. PREMESSA

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente e assicurargli la migliore cura possibile.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione di un documento nel quale si definiscono gli obiettivi prioritari da raggiungere nel medio periodo al fine di gestire il rischio sanitario aziendale, denominato Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS).

L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 2, in recepimento di tale documento, predispone e redige annualmente il piano includendone gli obiettivi e le attività tese a raggiungerli. L'attività di prevenzione, gestione e contenimento del rischio sanitario rappresenta un interesse primario dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 2, poiché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la sicurezza delle cure, della persona assistita e la tutela del paziente.

La UOC *Risk Management* promuove la cultura della sicurezza e soprattutto dell'imparare dagli errori, condizioni imprescindibili per un sistema sanitario più sicuro, opera secondo una vision partecipata della sicurezza: condivide e sperimenta sul campo le pratiche per la sicurezza, le adatta alla realtà operativa e ne evidenzia efficacia e criticità.

Al contempo, adotta, per il raggiungimento degli obiettivi Istituzionali, un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle attività clinico-assistenziali, sia attraverso appropriate procedure di prevenzione, affinché tutti gli eventi possibili siano controllabili e soprattutto comprimibili, che attraverso il coinvolgimento di professionisti individuati come Facilitatori Aziendali del Rischio Clinico, di altri operatori, che a vario titolo operano nell'Azienda e dei pazienti/utenti quali soggetti consapevoli e attivamente partecipi al raggiungimento di tali obiettivi.



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 4 di 37



A1. Contesto organizzativo della gestione dei rischi

Con Decreto del Commissario ad Acta U00606 del 30 dicembre 2015, in attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con DCA n. U00247/14 è stata istituita a far data dal 1° gennaio 2016, con contestuale soppressione delle AA.SS.LL. Roma B e Roma C, la ASL Roma 2. La Asl Roma 2 si estende nell'area sud est della Città di Roma, su una superficie di circa 470 km². La popolazione residente è circa 1.300.00 abitanti, pari al 45% della popolazione comunale con una densità media di circa 2.800 abitanti per km². L'Azienda si articola in sei distretti sanitari territoriali e due Presidi Ospedalieri: il Presidio Sandro Pertini (di seguito denominato OP o Pertini) sede di un DEA di I livello e il Presidio S. Eugenio/CTO Andrea Alesini (di seguito denominato SE/CTO), quest'ultimo costituito da due stabilimenti. Il Sant'Eugenio, sede di un DEA di I livello, e il CTO Andrea Alesini, sede di un PS specialistico ortotraumatologico degli arti aperto H 12. Sul territorio dell'ASL Roma 2, inoltre, nell'ambito del IV Municipio, viene gestita l'attività assistenziale per le persone ristrette nel Polo Penitenziario Rebibbia. La popolazione assistita della ASL ROMA 2, secondo i dati dell'Ufficio di Statistica del Comune di Roma, è di circa 1.300,000 (1.274.819) residenti. La struttura demografica rispecchia quella di una popolazione "invecchiata", caratterizzata da un tasso di mortalità più alto di quello di natalità e da una elevata proporzione di anziani rispetto ai giovani. Questo fenomeno è particolarmente evidente nei Distretti 4, 5, 7 e 8, nei quali, la popolazione anziana (65+) rappresenta una quota importante della popolazione e l'indice di vecchiaia è superiore alla media aziendale e comunale. Fa eccezione il Distretto 6, l'unico con una percentuale di bambini equivalente a quella degli anziani, una natalità superiore alla mortalità ed un indice di vecchiaia pari al 100%, tutti indicatori che riflettono probabilmente anche l'elevata presenza di cittadini stranieri in questa area (18%). La popolazione assistita della ASL ROMA 2 secondo i dati dell'Ufficio di Statistica del Comune di Roma è descritta in **Tabella A** stratificata per singolo Distretto:

Tabella A – Superficie e densità abitativa per municipio al 31 dicembre 2022

Municipio	Superficie (kmq)	Popolazione	Densità (abitanti per kmq)
IV	48,9	171.890	3.515,1
V	26,9	237.648	8.834,5
VI	112,3	242.082	2.155,7
VII	47,6	311.500	6.544,1
VIII	47,2	128.417	2.720,7
IX	183,2	183.282	1.000,4
Totale	466,1	1.274.819	2.735,1

Fonte: Ufficio di Statistica di Roma Capitale dati aggiornati al 31/12/2022

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 5 di 37
---	--	--	---------------------

Il contesto strutturale - organizzativo e i dati di attività aggregati dell'Azienda sono rappresentati nella **Tabella 1**, la tipologia di servizio prestato nei singoli Presidi Ospedalieri e il rispettivo volume di attività vengono illustrati nella **Tabella 2**.

Tabella 1 – Dati di attività aggregati dell'Azienda ASL Roma 2

DATI STRUTTURALI ^(A)			
Estensione territoriale	466 Km ²	Popolazione residente	1.274.819
Distretti Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Distretto - 5 Distretto - 6 Distretto - 7 Distretto - 8 Distretto - 9 Distretto 	Presidi Ospedalieri Pubblici	<ul style="list-style-type: none"> 1. S. Pertini 2. S. Eugenio 3. CTO A. Alesini
Posti letto ordinari	649	Cardiologia	46
		UTIC	15
		Chirurgia Generale	39
		Chirurgia Vascolare	16
		Chirurgia Plastica	3
		Grandi Ustionati	11
		Medicina Generale	124
		Ortopedia e Traumatologia	82
		Ostetricia e Ginecologia	37
		Otorinolaringoiatria	6
		Geriatria	19
		Ematologia	13
		Oncologia	12
		Neurologia	15
		Neurochirurgia	11
		Pneumologia	19
		Nefrologia	22
		Urologia	15
		Psichiatria / SPDC	28
		Pediatria	6
		Neonatologia	9
		UTIN	3



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 6 di 37

DATI STRUTTURALI ^(A)			
		Terapia Intensiva	27
		Detenuti	12
		Medicina D'urgenza	27
		Unità Spinale	16
		Riabilitazione e Recupero Funzioni	16
Posti letto diurni	86	Servizi Trasfusionali	2
Blocchi Operatori	9	Sale Operatorie	31
Terapie Intensive	4	Numero UTIC	2
DATI ATTIVITÀ AGGREGATI			
Ricoveri ordinari	23.941	Ricoveri diurni	7.225
Accessi PS	112.479	Neonati o parti	2.142 neonati 2.102 parti
Branche specialistiche	27	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	1.027.019

(A) Fonte: Ufficio Statistico del Comune di Roma aggiornati al 31/12/2022 - Dati forniti da: DD.SS.OO Ospedaliero, UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES, SIAS) aggiornati al 31/12/2023.

Tabella 2 – ASL ROMA 2: Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero

DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
OSPEDALE SANDRO PERTINI			
		Cardiologia	30
		UTIC	8
		Chirurgia Generale	21
		Chirurgia Vascolare	9
		Medicina Generale	63
		Medicina Urgenza	6
		Ortopedia e Traumatologia	23
		Ostetricia e Ginecologia	16
		Otorinolaringoiatria	5
		Oncologia	12
		Pneumologia	19
		Nefrologia	7
		Neonatologia	3
Posti letto ordinari	262		



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 7 di 37



		Psichiatria / SPDC	15
		Pediatria	5
		Terapia Intensiva	8
		Detenuti	12
Posti letto diurni	32	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	3	Numero Sale Operatorie	11
Numero Terapie Intensive	1	Numero UTIC	1
Numero ricoveri ordinari	10.814	Numero ricoveri diurni	2.598
Numero accessi PS	50.229	Numero neonati o parti	757 neonati 760 parti

(A) **Fonte:** Dati forniti da UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES, SIAS) aggiornati al 31/12/2023; Direzione Sanitaria di Presidio

DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)

OSPEDALE S. EUGENIO

Posti letto ordinari	307	Cardiologia	16
		UTIC	7
		Chirurgia Generale	18
		Chirurgia Vascolare	7
		Chirurgia Plastica	3
		Grandi Ustionati	11
		Medicina Generale	61
		Ortopedia e Traumatologia	17
		Ostetricia e Ginecologia	21
		Geriatria	19
		Ematologia	13
		Nefrologia	15
		Neurochirurgia	11
		Neurologia	15
		Otorinolaringoiatria	1
		Psichiatria / SPDC	13
		Pediatria	1
Terapia Intensiva	13		
Urologia	15		
Neonatologia	6		

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 8 di 37
---	--	--	--------------

		UTIN	3
		Medicina D'urgenza	21
Posti letto diurni	42	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	4	Numero Sale Operatorie	13
Numero Terapie Intensive	2	Numero UTIC	1
Numero ricoveri ordinari	11.111	Numero ricoveri diurni	3.392
Numero accessi PS	46.133	Numero neonati o parti	1.385 neonati 1.342 parti

(A) Fonte: Dati forniti da UOS Sistemi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO; SIES) aggiornati al 31/12/2023; Direzione Sanitaria di Presidio



DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
OSPEDALE CTO ANDREA ALESINI			
		Ortopedia e Traumatologia	42
		Terapia Intensiva	6
		Unità Spinale	16
		Riabilitazione e Recupero Funzionale	16
Posti letto ordinari	80		
Posti letto diurni	12	Servizi Trasfusionali	----
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	7*
Numero Terapie Intensive	1	Numero UTIC	----
Numero ricoveri ordinari	2.016	Numero ricoveri diurni	1.235
Numero accessi PS	16.117	Numero neonati o parti	----

(A) Fonte: Dati forniti da UOS Sistemi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO; SIES) aggiornati al 31/12/2023; Direzione Sanitaria di Presidio;

* Delle 7 sale operatorie 5 sono attive

A2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tutti i pazienti/utenti che accedono ai servizi/prestazioni erogati da Strutture Sanitarie Ospedaliere, Territoriali, Ambulatoriali, Residenziali o Domiciliari potrebbero essere vittime di un evento avverso. Atteso che l'errore e l'evento avverso in medicina non è evidentemente azzerabile, la ricerca della qualità e sicurezza delle cure e della persona assistita, mandato di questo ufficio, è perseguita dalle strategie di prevenzione.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 9 di 37
---	--	--	---------------------

Come disciplinato dalla legge 24/17 art 1: ... *“alle attività di prevenzione del rischio è tenuto a concorrere tutto il personale”*, pertanto, premessa indispensabile alla tematica di gestione del rischio è il coinvolgimento attivo di tutto il personale sanitario che opera a diretto contatto con i pazienti, la valorizzazione delle loro esperienze e competenze, la revisione condivisa dei processi di lavoro, l’individuazione delle criticità e l’implementazione delle azioni di miglioramento. Inoltre, si pone l’accento sulla importanza della segnalazione, da parte degli operatori sanitari, di tutti gli eventi occorsi o evitati per caso fortuito quale insostituibile fonte di informazioni e punto di partenza per l’analisi delle criticità evidenziate.

Le segnalazioni arrivate alla UOC *Risk Management* sono vagliate anche in termini di completezza, comprensione e leggibilità dei dati trasmessi, al fine di permettere la loro corretta codifica, alimentando il portale regionale e il *DataBase* interno, predisposto *ad hoc*, per raccogliere in maniera sistematica tutti i dati estrapolati dalle segnalazioni utili nonché necessari per la mappatura dei rischi. Il riscontro alla Direzione Strategica, alle Direzioni Mediche di Presidio e alle Aree interessate, inerente il numero e tipologia di eventi occorsi, è fondamentale e indispensabile alla sensibilizzazione degli operatori e all’instaurarsi di una collaborazione sinergica volta alla maggiore sicurezza delle cure alla promozione della cultura *“no blame”* e alla prevenzione e contenimento degli eventi.



Nel corso dell’anno 2023, il numero di segnalazioni pervenute, tramite il sistema di *reporting* aziendale, sono state complessivamente n.485 il dato riportato è un dato grezzo non rapportato ai volumi di attività ospedaliera/prestazioni territoriali (residenziali/ambulatoriali).

Si constata, a fronte dei numerosi interventi di sensibilizzazione posti in essere, la maggiore propensione degli operatori a segnalare ogni evento, con e/o senza danno e/o intercettato, e conseguentemente indicativo di un miglioramento e della maggior diffusione della cultura della sicurezza a livello aziendale, a conferma del coinvolgimento sempre più proattivo oltre che reattivo degli operatori.

Il totale degli eventi risulta così distribuito tra le articolazioni Aziendali: Ospedale n.438 (90%), Territorio n.47 (10%).

Per quanto attiene alla classificazione, il totale degli eventi (n.485) comprende n. 211 (43,5%) **Near Miss** (NM), n. 270 (55,7%) **Evento Avverso** (EA), n. 4 (0,8%) **Evento Sentinella** (ES) (**Tabella 3**).

Gli eventi classificati come *Near Miss* includono eventi intercettati e/o che non hanno determinato alcun danno al paziente; gli eventi avversi includono gli eventi che hanno necessitato di esami successivi correlati

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 10 di 37
---	--	--	----------------------

all'episodio e/o con esito lieve e/o moderato; gli eventi sentinella sono stati classificati come tali in base alle indicazioni ministeriali oltre che all'esito riportato.

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	211 (43,5%)	Tecnologici 2; (28%) Organizzativi 7; (100%) Procedure/Comunicazione 5; (71%)	Tecnologici 2; (28%) Organizzativi 7; (100%) Procedure/Comunicazione 5; (71%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi ^(A)	270 (55,7%)			
Eventi Sentinella ^(A)	4 (0,8%)			

Fonte: Qualità e Risk Management

^A **Glossario** (secondo le definizioni del Ministero della Salute)

Evento evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento Avverso (EA): Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento Sentinella (ES): Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.



^B **I fattori causali/contribuenti** fanno riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi ("Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" adottato con Determinazione Regione Lazio n. G09850 20/07/2021)

Il totale delle segnalazioni, n.485, risulta così distribuito per categoria di evento: **Caduta di paziente** n.358 (74%), **Atti di violenza a danno di operatore** (di seguito anche aggressioni) n.111 (23%), **Altro** n.16 (3%), riferibile alle attività clinico-assistenziali ordinarie.

La **caduta** di paziente è uno degli eventi maggiormente ricorrenti.

Dall'analisi dei dati aggregati emerge che l'esito determinato dall'evento caduta in n.2 (0,6%) casi si è configurato come *evento sentinella* (ES). La distribuzione per genere, è così delineata: i maschi (M) con il 60% (n.214/358) risultano più coinvolti rispetto alle femmine (F) con il 40% (n.144/358).

Uno dei fattori contribuenti all'insorgenza dell'evento "*caduta*" è da ricondursi allo *status* intrinseco del paziente e/o alla sua mancata adesione al piano assistenziale, che costituiscono essi stessi determinanti di rischio. Relativamente agli **atti di violenza a danno di operatore**, dall'esame dei dati si evince che il numero di segnalazioni è n.111 variato rispetto all'anno precedente in cui sono state segnalate n.55. L'Azienda sta concentrando i propri sforzi affinché sia possibile intervenire sui fattori causali e contribuenti che hanno reso possibile l'evento aggressivo anche con il coinvolgimento sinergico della sicurezza del lavoro.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 11 di 37
---	--	--	----------------------

Per quanto concerne la tipologia di eventi aggressivi segnalati, predominano le aggressioni Verbali n.76/111 (68,5%), a seguire Fische n.19/111 (17,1%), Verbali e Fische n.16/111 (14,4%).

In n.28/111 casi (25%) trattasi di aggressioni multi operatore.

L'aggressore è nella maggior parte dei casi rappresentato dal paziente, di genere maschile.



La figura che risulta essere maggiormente oggetto di atti di violenza è l'infermiere, figura che è chiamata a gestire rapporti con i pazienti/utenti caratterizzati da una condizione di emotività in cui prevale uno stato di forte vulnerabilità e frustrazione. Il DEA/PS con n.26/111 (23%) costituisce il *setting* in cui si rileva una maggiore frequenza di atti aggressivi, a seguire il reparto di Medicina (Area Medica) con n.17/111 (15%) e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) con n.8/111 (7%). In ciascuno dei casi la tipologia dei pazienti, per personalità e condizioni cliniche, espone gli operatori ad un maggior rischio di aggressione da parte dei pazienti. Le segnalazioni ascrivibili ad **Altro** evento risultano pari a n.16/485 (3%) e rientrano nell'ambito della quotidiana attività clinico-assistenziale.

La classificazione è così rappresentata: n.9/16 Near Miss (56,25%), n.5/16 Eventi Avversi (31,25%) e n.2/16 Eventi Sentinella (12,5%)

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2019	RCT = 107	N. 29	€ 3.092.495,53
2020	RCT = 88	N. 17	€ 2.024.741,78
2021	RCT = 107	N. 14	€ 1.617.612,81
2022	RCT = 81	N. 4	€ 76.000,00
2023	RCT = 72	N. 1	€ 25.725,00
Totale	RCT = 455	N. 67	€ 6.836.575,12

Fonte dati: UOC Affari Legali Assicurativi; **(A):** sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 12 di 37
---	--	--	---------------

A3. Descrizione della posizione assicurativa

Tabella 5 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	Polizza n. IITOMM1900006 scadenza al 30.04.2021 Proroga tecnica dal 30.04.2021 al 29.07.2021	AM TRUST Europe LTD dal 31.07.2020 ha cambiato denominazione in AM TRUST Assicurazioni S.p.A.	€ 5.239.8329,38	SIR € 130.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da malpractice)	//
2021	Polizza n. 166125 dalle ore 00:00 del 30.07.2021	SHAM	€ 4.160.028,85	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da malpractice)	//
2022	Polizza n. 166125	SHAM	€ 9.984.069,22	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da malpractice)	//
2023	Polizza n. 166125 Polizza n. 170851 dalle ore 00:00 del 30.07.2023 alle ore 23:59 del 29.07.2024	SHAM dal 02.01.2023 ha cambiato denominazione in Relyens Mutual Insurance	€ 9.984.069,22	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da malpractice)	//

Fonte dati: UOC Affari Legali Assicurativi

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) 2023 è stato deliberato il 1/03/2023 (Delibera n.325 /2023) e pubblicato sul sito intranet – internet aziendale. Tale Piano è stato redatto dall'ufficio Risk Management dell'Azienda in conformità alla Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"

Le attività anticipate e realizzate sono illustrate, in modo sintetico e non esaustivo, nel **paragrafo A5**.



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 13 di 37



A.4 Il CICA: gestione del rischio infettivo, organizzazione e riduzione del rischio

Contesto

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale, occupa un posto particolare in ragione soprattutto del trend epidemiologico, che risulta in aumento per diversi fattori: aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, accentuata complessità assistenziale, aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, spostamenti frequenti dei pazienti tra i servizi e/o strutture sanitarie.

Strumenti/contromisure finalizzate al contenimento del rischio infettivo



1. La sorveglianza. Essa rappresenta uno degli elementi che caratterizzano la lotta alle infezioni in generale e quindi anche alle ICA. In particolare, sono stati disposti:
 - Un sistema di segnalazione rapida di eventi che richiedono interventi tempestivi, quali particolari eventi sentinella (es. legionellosi acquisita in ospedale, tubercolosi non diagnosticata al ricovero, infezioni sostenute da microrganismi con profili di antibiotico resistenza “nuovi”) o il verificarsi in ospedale o in strutture residenziali di eventi epidemici.
 - La sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, essenziale per monitorarne il trend e mirare gli interventi correttivi
 - Sono inoltre previsti sistemi di sorveglianza specifici, in particolare un sistema di sorveglianza e controllo dedicato agli enterobatteri produttori di carbapenemasi (KPC).
 - L'individuazione tempestiva di tali eventi e l'indagine epidemiologica per identificarne le cause sono azioni essenziali per prevenire ulteriori casi secondari.
2. Le precauzioni standard. Il rispetto e il controllo della corretta applicazione delle precauzioni standard è attuato con particolare attenzione a:

	<p style="text-align: center;">PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024</p>		<p style="text-align: right;">Pag. 14 di 37</p>
---	---	--	--

- l'igiene delle mani,
- corretto uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI), l'uso dei guanti, l'adozione di pratiche sicure per la prevenzione dell'esposizione degli operatori sanitari a patogeni trasmissibili per via ematica, la corretta collocazione del paziente, le procedure di sanificazione ambientale, la gestione dei dispositivi medici, la gestione della biancheria e delle stoviglie, il trattamento dei rifiuti.

3. Contenimento delle ICA.

- Sono da tempo operativi diversi sistemi di rilevazione e segnalazione rapida di vari tipi di malattie infettive (eventi sentinella, microrganismi con profilo di resistenza inusuale, cluster epidemici, *alert organism* o patogeni inusuali; microrganismi con profilo di resistenza inusuale; meningiti batteriche; batteriemie da CPE).
- Procedure in atto che garantiscono una regolare e tempestiva segnalazione delle malattie infettive e diffuse ai vari organi competenti (Direzione Sanitaria, SISP, SERESMI, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità). Ciò determina il tempestivo intervento dei servizi preposti per l'applicazione delle misure di profilassi e controllo necessarie per circoscrivere e/o arrestare il diffondersi delle infezioni attraverso.
- Nucleo dell'antimicrobial stewardship, al fine di contenimento del fenomeno dell'antibiotico-resistenza è attivo presso il P.O. Sandro Pertini è operativo un gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici.
- Gran parte dell'attività programmata per l'anno 2023 aveva come obiettivo generale, oltre al mantenimento delle attività già da tempo in essere, applicazione di procedure relative alla segnalazione rapida di malattie infettive, eventi sentinella e microrganismi con profilo di resistenza inusuale.



	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 15 di 37
---	--	--	---------------

A5. Resoconto delle attività del PIANO PRECEDENTE

A5.1 PARS 2023_RISK MANAGEMENT



OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "CORSO PER OPERATORI SANITARI" in tema di gestione del rischio clinico	Sì	Corso "QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA: RISCHI/CONTENZIOSO" rivolto a tutti gli operatori sanitari aziendali cod. Agenas: 5771 crediti ECM: 14 Effettuato in modalità BLENDED: <u>FAD</u> dal 1 al 14 settembre <u>RES</u> 15 settembre 2023 <u>n. operatori formati</u> 51
ATTIVITÀ 2 Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni di seminari proattivi rivolti agli esercenti le professioni sanitarie per riscontro inerente esiti valutazione qualità cartella clinica, segnalazioni pervenute, richieste risarcitorie sottoposte al comitato valutazione sinistri, volti alla sensibilizzazione degli operatori e all'instaurarsi di una collaborazione sinergica e alla prevenzione e contenimento degli eventi	Sì	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi condivisa con gruppo multidisciplinare/multiprofessionale in data 15 marzo 2023 in presenza, reparto Ortopedia Generale_Chirurgia Protesica CTO - Incontro di rivalutazione percorso nascita, rivolto agli esercenti le professioni sanitarie DMGGBA in data 22 febbraio 2023 e 5 aprile 2023 in presenza - Incontro di rivalutazione rooming in, rivolto agli esercenti le professioni sanitarie DMGGBA in data 4 luglio 2023
ATTIVITÀ 3 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "CORSO FACILITATORI" in tema di gestione del rischio clinico con focus ambito chirurgico	Sì	Corso "SICUREZZA IN AMBITO CHIRURGICO" rivolto ai Coordinatori, Operatori sanitari e ai Facilitatori di rischio clinico aziendale operanti nelle strutture ambulatoriali/residenziali chirurgiche e Camera Operatoria cod. Agenas: 6184 crediti ECM: 9,5 Effettuato in modalità BLENDED: <u>FAD</u> dal 7 al 19 dicembre 2023 <u>RES</u> 20 dicembre 2023 <u>n. operatori formati</u> 18

¹ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 16 di 37
---	--	--	----------------------

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	Realizzata ⁽²⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 Monitoraggio corretta compilazione della cartella clinica_focus "Ammissione/Dimissione paziente" Revisione delle cartelle cliniche chiuse dei ricoveri ordinari	Sì	Sono state valutate complessivamente n. 1570 (9%) di tutte le cartelle cliniche chiuse e con documento presente sull'applicativo aziendale sui criteri attinenti alla presa in carico e la dimissione del paziente e/o trasferimento in altro setting
ATTIVITÀ 5 Monitoraggio documentazione per la Gestione della Sicurezza in Chirurgia <i>safety walkaround</i>	Sì	Il monitoraggio è stato articolato in due fasi: <ul style="list-style-type: none"> - Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analisi della documentazione relativa alla sicurezza in ambito chirurgico presente nella documentazione sanitaria; ○ editata una check list per valutare la conoscenza e le adesioni alle procedure di riferimento. - Fase 2: n. 6 incontri sul campo durante i quali al personale coinvolto è stata sottoposta una check list per raccogliere osservazioni/informazioni/criticità relativa al contesto in cui operano. Obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione di un documento di indirizzo aziendale per la sicurezza del percorso chirurgico da condividere con le UU.OO. coinvolte

² Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 17 di 37
---	--	--	---------------

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

Attività	Realizzata ⁽³⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 Gestione dei rischi e della sicurezza nelle strutture di cohousing: empowerment degli stakeholder (comune, familiari, pazienti, operatori sanitari, Medici Medicina Generale, Distretti, Ospedale)	PARZIALE	In programmazione ultimo incontro

A5.2 PARS 2023_RISCHIO INFETTIVO



Di seguito le attività effettuate nel 2023 e relativo stato dell'arte.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Attività	Realizzata ⁽⁴⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Corso di formazione aziendale dal titolo "Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)"	NO	Al posto del previsto corso che avrebbe coinvolto almeno il 90% dei referenti aziendali è stato invece effettuato in FAD asincrona per tutto il personale il Corso " Interventi e strategie per la prevenzione delle ICA " cod. Agenas: 5388; crediti ECM: 10,4 N. partecipanti iscritti 641; 259 hanno avuto crediti ECM giornate FAD Asincrona: dal 05/05/23 al 30/09/23
ATTIVITÀ 1 Corso di formazione aziendale dal titolo "Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)"	NO	Al posto del previsto corso è stato invece effettuato il Corso " Antimicrobial Stewardship e controllo MDR XDR PDR " alle Direzioni Mediche Presidi ospedalieri e Operatori sanitari. cod. Agenas: 5514 crediti ECM: 10,4 N. partecipanti 41 di cui soltanto 12 hanno ricevuto crediti. 100% soddisfazione del corso con votazione tra ottimo e buono.

³ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

⁴ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 18 di 37
---	--	--	----------------------

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO



Attività	Realizzata ⁽⁴⁾	Stato di attuazione
		Unica giornata in presenza: 07/06/2023

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Attività	Realizzata ⁽⁵⁾	Stato di attuazione
<p>ATTIVITÀ 1 L'Azienda si è dotata di una procedura per il lavaggio delle mani che risulta applicata nei reparti ospedalieri. Al fine di verificare l'effettiva corretta applicazione della procedura l'Azienda intende dotarsi di una box pedagogica con la quale effettuare <i>audit</i> periodici e misurare il grado di adesione alla procedura aziendale nelle sale operatorie e nelle terapie intensive. Ampliamento delle forniture di dispenser di gel idro-alcologici nei reparti ospedalieri.</p>	NO	<p>Nessun audit è stato effettuato. Tuttavia il coordinatore del C-CICA che aveva il compito di acquisire la box pedagogica a supporto degli audit da effettuare ha organizzato un evento che ha previsto due giornate di presenza di un prototipo di box pedagogica, il 5 e 6 maggio 2023, presso l'aula Montalcini Ospedale Sant'Eugenio che ha permesso di far conoscere lo strumento agli operatori presenti nel presidio.</p>

⁴ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.



⁵ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 19 di 37
---	--	--	----------------------

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPEMASI (CPE).

Attività	Realizzata ⁽⁶⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Predisposizione di una procedura aziendale che identifichi le sinergiche responsabilità e ponga sotto controllo e monitoraggio tutte le azioni da porre in essere per la comprensione del rischio misurato, superando le segmentazioni oggi presenti e introducendo le metodiche del Risk Management nella gestione dei singoli eventi e degli eventi aggregati per la produzione di azioni di miglioramento misurabili e efficaci.	No	Procedura in fase di produzione
ATTIVITÀ 2 Predisposizione di un corso ECM per i MMG e delle Cure Primarie sul tema della appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica al fine di ridurre il rischio di antibiotico resistenza nei pazienti trattati sul territorio.	No	Corso in fase di progettazione finale

⁶ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 20 di 37
---	--	--	---------------

OBIETTIVO D) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO NEL CONTROLLO COLONIZZAZIONE/INFEZIONE DA CRE



Attività	Realizzata ⁽⁷⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Consolidamento e verifica delle misure di controllo nella trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE, segnalazione di microrganismi con profili di resistenza inusuali, attraverso il riscontro dell'attuazione delle misure di contenimento (da contatto/droplet) sulla base di alert di laboratorio; riscontro dell'attivazione di sanificazione ambientale supplementare.	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Numero schede raccolte 893 schede su un totale di 1356 Alert (65.8%) • Il numero delle relative richieste di sanificazione sono state 1094 su n° 1356 alert di laboratorio (80%)

OBIETTIVO E) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO CON MONITORAGGIO DEGLI ANTIBIOTICI DI NUOVA GENERAZIONE

Attività	Realizzata ⁽⁸⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Elaborazione di schede sinottiche di indirizzo all'uso di antibiotici in quadri sindromici, monitoraggio degli antibiotici di nuova generazione sulla base delle indicazioni sviluppate dal nucleo di AS dei P.O.	SI	L'elaborazione e la pubblicazione è avvenuta per novembre/ dicembre 2023. Il ritardo è da ascrivere a una prima interruzione del gruppo di lavoro avvenuta nel mese di giugno e la ripresa dei lavori dopo la pausa estiva con la consegna a dicembre 2023.

⁷ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

⁸ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 21 di 37
---	--	--	----------------------

OBIETTIVO F) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO NELLA SEGNALEZIONE PER LA SORVEGLIANZA DELLE ICA

Attività	Realizzata ⁽⁹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Promozione ed implementazione della modalità di raccolta e flusso di notifica delle ICA su piattaforma Premal: definizione di un documento condiviso tra SISP-DMPO	Parziale	Non è stato prodotto il documento da condividere SISP-DMPO. Il n. di CRE batteriemie inserite su piattaforma "Premal" è stato al 31.12.2023 di 204 notifiche. Si allega certificazione dell'inserimento dati su piattaforma Premal e relativi numeri delle notifiche inserite e delle batteriemie CRE rilevate per assicurare l'assolvimento dello standard (Allegato 1).

A latere si segnala che il 5-6 maggio 2023, in occasione della "Giornata mondiale dell'igiene delle mani", si è svolto con l'utilizzo di box pedagogico un evento formativo con l'obiettivo di confermare le conoscenze rispetto ai 5 momenti dell'igiene delle mani con gel idroalcolico.

In particolar modo, è stato previsto un focus sul lavaggio delle mani con acqua e sapone dopo assistenza di pazienti affetti da *clostridiodes difficile* contestualmente ad un re-training rivolto a tutti gli operatori sanitari per l'aderenza ai protocolli in uso riguardo la corretta igiene delle mani.

Durante l'evento è stato condiviso materiale informativo tramite uso di diapositive, brochure esplicative e momenti di lezione frontale con buona partecipazione del personale sanitario.



In relazione al contenimento delle ICA e al monitoraggio dell'antibiotico resistenza sono proseguite le attività di contrasto e di seguito elencate:

1. Sorveglianza attiva colonizzazioni/infezione da Enterobatteri Produttori Carbapenemasi-CRE
2. Sorveglianza di Laboratorio MDRO e monitoraggio delle resistenze emergenti ai nuovi antibiotici
3. Sorveglianza Legionella/meningiti batteriche/ alert ad alta diffusibilità

Inoltre sono stati realizzati i seguenti eventi formativi aziendali mirati alla prevenzione e alla gestione delle ICA, su piattaforma ASTRID e di seguito riportati:

➤ **"Interventi e strategie per la prevenzione delle ICA"**

⁹ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 22 di 37
---	--	--	----------------------

Lo scopo di questo evento formativo è stato quello di sensibilizzare il personale sanitario sulla gravità delle infezioni correlate all'assistenza in ambito sanitario; fornire agli operatori sanitari le conoscenze necessarie per adottare interventi e strategie efficaci per prevenire la diffusione di infezioni nosocomiali, migliorando così la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

➤ **“Antimicrobial StewardShip e controllo MDR XDR PDR”**

Il corso ha affrontato la crescente minaccia delle infezioni causate da batteri multi-farmaco-resistenti, fornendo agli operatori sanitari la letteratura aggiornata in tema di linee guida sull'appropriatezza prescrittiva e sulle buone pratiche riguardo l'utilizzo della terapia antimicrobica. Il corso ha avuto anche lo scopo di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sull'importanza di pratiche di stewardship per preservare l'efficacia degli antibiotici e prevenire lo sviluppo di ceppi batterici multi-resistenti.

➤ **“Gestione delle infezioni neonatali correlate all'assistenza”**

Il corso era rivolto al personale che si occupa della cura dei neonati, questo evento formativo è stato cruciale per parlare della prevenzione delle infezioni neonatali correlate all'assistenza, e ad alto impatto per morbilità e mortalità.

➤ **“Prevenire le ICA Misure di isolamento in area Penitenziaria”**



Il corso si è concentrato sulla gestione del rischio infettivo all'interno delle strutture penitenziarie, dove la promiscuità e l'affollamento possono favorire la diffusione di infezioni. Tra gli argomenti trattati dal corso si segnala il focus sull'appropriatezza dei criteri di isolamento infettivo per la prevenzione e/o riduzione del rischio di trasmissione di malattie infettive tra i detenuti e il personale.

➤ **“Prevenire le ICA Misure di isolamento in area Territoriale e area domiciliare”**

Questo evento formativo ha voluto estendere oltre le strutture ospedaliere la gestione del rischio infettivo anche in contesti territoriali e domiciliari. In particolare è stato oggetto di approfondimento il tema dell'isolamento infettivo in comunità al fine di contribuire alla prevenzione e al contenimento delle infezioni attraverso l'applicazione della misura con maggiore uniformità e appropriatezza.

Questi eventi formativi sono stati svolti per favorire una maggiore consapevolezza, fornire competenze specifiche e implementare pratiche efficaci nella gestione del rischio infettivo.

In conclusione, il 2023 ha visto il CCICA confermare il suo impegno costante e la sua dedizione continuativa. Il suo principale obiettivo è stato quello di gestire e mitigare il rischio infettivo sia all'interno delle strutture ospedaliere che sul territorio di competenza. Nonostante le sfide legate alla complessità dell'organizzazione aziendale, ha dedicato particolare attenzione al monitoraggio degli eventi legati alle infezioni correlate alla

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 23 di 37
---	--	--	----------------------

assistenza, raccogliendo dati dettagliati per analizzare le tendenze e individuare possibili margini di miglioramento.

L'investimento nella formazione del personale sanitario, l'attuazione di protocolli e la promozione di comportamenti per la prevenzione del rischio infettivo costituiscono solo una parte degli sforzi messi in atto per garantire un ambiente ospedaliero più sicuro. Sebbene alcuni obiettivi non siano stati raggiunti, l'impegno del Comitato e la consapevolezza delle sfide rappresentano una solida base su cui costruire future iniziative mirate al costante miglioramento delle azioni a contrasto delle infezioni correlate alla assistenza.



PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024



Pag. 24 di 37

A6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ



La realizzazione del PARS riconosce delle specifiche responsabilità:

1. UOC Risk Management redige e monitora l'implementazione per il governo dei rischi correlati alla erogazione delle prestazioni sanitarie ad eccezione delle attività connesse con la prevenzione e gestione delle ICA, campo specifico del C-CICA e dei GO- CICA;
2. Coordinatore del C-CICA analizza, governa e monitora l'implementazione delle azioni specifiche atte al contrasto delle ICA;
3. C-CICA identifica le politiche necessarie al contrasto delle ICA;
4. GO- CICA interviene, gestisce e tiene sotto controllo le ICA nei singoli presidi ospedalieri
5. Responsabile UOC Affari Legali Assicurativi redige la parte inerente la sinistrosità e la copertura assicurativa;
6. Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'Organizzazione Aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Tutte le Strutture Aziendali, per quanto di competenza, collaborano e concorrono, con il Risk Manager e/o il Coordinatore del C-CICA, per la realizzazione degli interventi individuati nel PARS, che sono obbligo di servizio "per tutti i dipendenti e il personale delle ditte/società in *outsourcing* che operano nella e/o per conto della ASL Roma 2".

Matrice delle responsabilità PARS:

AZIONE	Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: Tabella 4 del punto A2; punti A3, A4 e A8)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione Tabella 4 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A8	R	I	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A 8)	I	R	C	I	C	C	C

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 25 di 37
---	--	--	----------------------

AZIONE	Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Propr ietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Gestione e Monitoraggio punto A8	R	I	I	I	C	I	C

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



A7. OBIETTIVI E ATTIVITA' _ RISK MANAGEMENT

A7.1 OBIETTIVI

L'Azienda, di concerto con le vigenti disposizioni, adotta i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo orientati al miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza e mira all'attivazione di un percorso sistematico in grado di integrare la componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale.

Il PARS è stato redatto in coerenza con la *Mission* aziendale tenendo conto delle peculiarità dei *setting* assistenziali e delle priorità delle criticità riscontrate, in aderenza ai 3 obiettivi strategici Regionali tesi al raggiungimento della “sicurezza delle cure e del paziente” e di seguito elencati:

- 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.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 26 di 37
---	--	--	----------------------

A7.2 ATTIVITA'



ATTIVITÀ E MATRICE DI RESPONSABILITÀ

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "CORSO PER OPERATORI SANITARI" in tema di gestione del rischio clinico		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE UOC Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio presenza scala di valutazione del rischio e Piano Assistenziale individualizzato in cartella clinica focus "Revisione delle cartelle cliniche chiuse dei ricoveri ordinari per setting assistenziale specifico"			
INDICATORE N. UU.OO. monitorate/N. tot. UUOO eleggibili			
STANDARD 10%			
FONTE UOC Risk Management - Applicativo Aziendale UNICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Facilitatori
Monitoraggio	R	I	I
Analisi dati	R	I	I
Report	R	I	I
Diffusione	R	C	C

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

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 27 di 37
---	--	--	---------------

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 – Monitoraggio applicazione misure universali di precauzione per la prevenzione e gestione della caduta della persona assistita per setting specifico

INDICATORE

N. UU.OO. monitorate/N. tot. UUOO eleggibili

STANDARD

50%

FONTE

UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Facilitatori
Monitoraggio	R	I	I
Analisi dati	R	I	I
Report	R	I	I
Diffusione	R	C	C

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

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

ATTIVITÀ 6 – Gestione dei rischi e della sicurezza nelle strutture di *cohousing: empowerment* degli *stakeholder* (comune, familiari, pazienti, operatori sanitari, Medici Medicina Generale, Distretti, Ospedale)

INDICATORE

Effettuazione di almeno 1 audit produzione di un documento condiviso

STANDARD

- Documento dei requisiti di rischio e degli elementi qualificanti la sicurezza
- Audit condivisi tra gli *stakeholder* e formazione per una semantica condivisa

FONTE

UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Distretto	Altre Strutture/ <i>stakeholder</i>
Programmazione Riunione	R	C	C
Stesura documento	R	C	I

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



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 28 di 37

A8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO



L'obiettivo di gestione per la prevenzione e il controllo del rischio infettivo della nostra Azienda Sanitaria Roma 2 è identificare e ridurre i rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni nei pazienti e nel personale sanitario, senza tralasciare i lavoratori di aziende terze e/o lavoratori esterni, i volontari, gli studenti, i visitatori e la comunità locale.

Il presente capitolo in raccordo agli obiettivi Regionali declina gli obiettivi Aziendali e le attività che la Asl ROMA 2 ha individuato per l'anno 2024 al fine di comprimere il relativo rischio stimato, in collaborazione e in linea con le metodologie del risk management per l'analisi puntuale delle procedure messe in atto e per la gestione delle azioni di miglioramento. Con Deliberazione 611 del 19/05/2016 è stato istituito presso l'ASL Roma 2 il primo Comitato Aziendale per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni correlate ai processi Assistenziali. Con delibera n 833 del 12 maggio 2022 si è ritenuto ridefinire la composizione del CC-ICA, ed approvato il "Regolamento aziendale inerente gli organismi e le attività di prevenzione, sorveglianza e controllo del rischio di infezioni correlate all'Assistenza (ICA) e lotta all'Antibiotico resistenza (AMR)" che definisce obiettivi, attività e modalità organizzative di lavoro. In particolare, si è prevista la seguente composizione per il CC-ICA: il Direttore Sanitario in qualità di Presidente, il Risk Manager e almeno un rappresentante delle unità operative cliniche e di altre aree funzionali dei Presidi Ospedalieri e del territorio direttamente coinvolte.

A8.1 OBIETTIVI

La Regione Lazio ha definito per la elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) in armonia con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e il Piano Nazionale di Contrasto alla Antibiotico resistenza (PNCAR) i seguenti obiettivi strategici:

- A.** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B.** Implementazione del piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento o il miglioramento negli anni successivi.

	<p style="text-align: center;">PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024</p>		<p style="text-align: right;">Pag. 29 di 37</p>
---	---	--	---

C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo attraverso la promozione di interventi mirati al

- *misure di contrasto alla resistenza degli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance);*
- *monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;*
- *gestione della sepsi;*
- *monitoraggio, prevenzione e controllo ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi.*

A8.2 ATTIVITA'

La ASL ROMA 2 ha individuato in armonia con gli obiettivi Regionali i seguenti obiettivi aziendali per la gestione del rischio infettivo:

1. Implementare la cultura aziendale della prevenzione del rischio infettivo e delle problematiche dell'antibiotico resistenza (AMR; *Antimicrobial Resistance*) presso i presidi ospedalieri a gestione diretta.
2. Al fine di perseguire tale obiettivo la ASL ha intenzione di progettare ed erogare un corso obbligatorio per tutto il personale referente delle ICA e delle UUOO chirurgiche con focus sull' antimicrobico resistenza in generale e sulla prevenzione e gestione delle Infezioni della ferita chirurgica in particolare, aperto anche alla partecipazione volontaria da parte degli operatori sanitari dei presidi ospedalieri aziendali.
3. Implementazione della procedura aziendale del lavaggio delle mani e misurazione della efficacia della procedura proposta e della corretta applicazione delle indicazioni date.
4. Al fine di ottenere e verificare l'applicazione della procedura e di poterne misurare l'efficacia l'Azienda intende utilizzare la box pedagogica di cui si è dotata come strumento di misurazione della performance delle modalità di lavaggio delle mani in diverse UU.OO. dei nostri presidi ospedalieri e delle nostre strutture Sanitarie territoriali, attraverso report di lavoro e audit volti alla verifica dei comportamenti posti in essere e alla modifica delle eventuali non conformità. Riguardo al consumo di soluzione idroalcolica (SIA), i presidi ospedalieri dovranno continuare a predisporre le misure necessarie al raggiungimento della standard minimo definito dall'OMS (20 litri di SIA per 100 giornate di degenza) almeno nel dato aggregato della struttura. I dati del consumo saranno monitorati e valutati periodicamente attraverso report dedicati a cadenza trimestrale da parte delle rispettive Direzioni Sanitarie di presidio.



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 30 di 37

5. Miglioramento della appropriatezza assistenziale e organizzativa nei propri presidi ospedalieri riguardo al monitoraggio, prevenzione e controllo delle ICA, e in particolare delle infezioni della ferita chirurgica.

Al fine di ottemperare all'obiettivo volto al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e quindi prevenire e contenere il rischio di ICA, e in particolare il relativo monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica associato all'antimicrobico resistenza, la Asl intende rivedere/redigere la procedura aziendale sulla gestione della terapia antibiotica empirica con focus sull'antimicrobico resistenza in generale e sulla prevenzione e gestione delle Infezioni della ferita chirurgica in particolare, e le procedure ospedaliere riguardo la gestione della sorveglianza attiva sulle infezioni nosocomiali, infezioni da germi alert, infezioni della ferita chirurgica e da CPE nelle Unità Operative a maggior rischio di trasmissione. Le procedure ospedaliere verranno riviste/redatte dai rispettivi GO-CCICA sotto il coordinamento delle rispettive Direzioni Sanitarie di Presidio. Nell'ambito delle azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale sono previste, tra l'altro: predisposizione e invio di report periodici sugli esiti microbiologici relativi anche alle infezioni delle ferite chirurgiche alla sorveglianza attiva ospedaliera alle UUOO per le relative azioni correttive, nonché di report sulla gestione ospedaliera dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ – Corso di formazione aziendale dal titolo “Rischio infettivo e determinanti del rischio: un approccio globale e focus sull'antibiotico resistenza”

INDICATORE

Corso verrà effettuato entro il 31 dicembre 2024 avente carattere obbligatorio per tutti i referenti aziendali delle ICA e del personale sanitario delle UUOO chirurgiche esteso alla partecipazione volontaria degli operatori sanitari coinvolti.

STANDARD

95% dei referenti aziendali formati

FONTE

UOC Formazione

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA, responsabile CAVS, responsabili TI, DEC contratto pulizie e DEC contratto manutenzione	UOC Formazione
Progettazione Corso	R	I
Erogazione corso	R	C
Misurazione efficacia formazione	I	R
Analisi delle performance	C	R

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



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 31 di 37

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ – L'azienda si è dotata di una box pedagogica per il lavaggio delle mani/*hand-in scanner*, che sarà utilizzata in una fase pilota in atto in alcuni reparti ospedalieri e ambulatori chirurgici territoriali. Contestualmente al tutoraggio attraverso l'introduzione di un sistema di valutazione per il corretto lavaggio delle mani - Box pedagogica per il lavaggio delle mani - saranno oggetto di revisione le procedure operative aziendali su: i) "Igiene delle mani in ambito ospedaliero e non"; ii) "Procedura per il lavaggio chirurgico delle mani – ASL Roma 2". Dette Procedure Operative saranno implementata a loro volta con eventuali modifiche in base ai risultati acquisiti nella fase pilota del progetto: sistema di valutazione per il corretto lavaggio delle mani - Box pedagogica per il lavaggio delle mani

INDICATORE

Almeno 1 audit al termine della fase pilota preferibilmente nelle UUOO individuate nella Procedura Operativa anche in base al criterio microbiologico (sorveglianza attiva) per l'anno 2024. Almeno un audit nelle rimanenti UUOO nel 2025.

STANDARD

80% delle attività verificate effettuate in maniera corretta in adesione alla procedura e 70% degli operatori verificati



FONTE

Gruppo operativo C-CICA

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Ditta aggiudicataria
Addestramento uso box pedagogico	C	R
Azione	CCICA	Direzioni mediche di presidio e direzioni distretto
Progettazione AUDIT	R	C
Azione	CCICA	GO- CICA
Effettuazione audit	I	R
Azione	GO-CICA	Referenti UUOO individuate
Analisi adesione procedure con box pedagogica	R	R
Azione	CCICA	GO- CICA
Analisi risultati	C	R
Implementazione azioni correttive	I	R
Azione	CCICA	Operatori
Diffusione risultati	R	C

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

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 32 di 37
---	--	--	---------------

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA NEI PROPRI PRESIDI OSPEDALIERI RIGUARDO AL MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA, E IN PARTICOLARE DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA.

ATTIVITÀ – Redazione di una procedura aziendale sulla gestione della terapia antibiotica empirica con focus sull'antimicrobico resistenza in generale e sulla prevenzione e gestione delle Infezioni della ferita chirurgica in particolare, le procedure ospedaliere riguardo la gestione della sorveglianza attiva sulle infezioni nosocomiali, infezioni da germi *alert*, *infezioni della ferita chirurgica* e da CPE nelle Unità Operative a maggior rischio di trasmissione.

INDICATORE

Redazione delle procedure entro il 30 dicembre 2024

STANDARD

Procedura condivisa con gli stakeholders e redatta secondo lo standard regionale

FONTE

Albo pretorio

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA, responsabile CAVS, responsabili TI, DEC contratto pulizie e DEC contratto manutenzione	GO- CICA, direttori medici di presidio, C – CICA
Revisione della letteratura	I	R
Predisposizione della procedura/ revisione	I	R
Condivisione procedura con stakeholder	R	R
Invio procedura direzione strategica per validazione e pubblicazione	R	I
Azione	Presidente CCICA	Direttori strutture cliniche aziendali CAVS e Avvocatura
Diffusione della procedura	R	C

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



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 33 di 37

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ –

- Predisposizione di un corso ECM per i MMG e delle Cure Primarie sul tema della appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica al fine di ridurre il rischio di antibiotico resistenza nei pazienti trattati sul territorio.
- Utilizzo della procedura sulla gestione della terapia antibiotica empirica di cui al punto A.7.2.3 e adeguarla a seconda delle necessità del territorio.

INDICATORE

- Effettuazione del corso per MMG e Cure primarie e appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica delle infezioni comunitarie per la riduzione della antibioticoresistenza.
- Utilizzo della procedura appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica

STANDARD

Formazione del 80% della popolazione target; procedura condivisa con gli stakeholders


FONTE

UOC Formazione

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA, direttori UOC Cure Primarie, Direttori Distretto e Direzione Dipartimento Servizi e Farmaceutica	UOC Formazione
Progettazione Corso	R	I
Erogazione corso	R	C
Misurazione efficacia formazione	I	R
Analisi delle performance	C	R
Azione	CCICA, direttori medici di presidio e GO-CICA, responsabili laboratorio microbiologia, Direttori Distretto, Direzione Dipartimento Servizi e Farmaceutica	UOC VASAC
Revisione di letteratura	R	C
Condivisione della procedura e relativa sottoscrizione	R	C
Predisposizione documento	R	C
Invio a strutture aziendali	R	I
Invio strutture accreditate	C	R

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

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 34 di 37
---	--	--	----------------------

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ – In accordo con gli obiettivi regionali per la gestione del rischio infettivo la ASL con le Direzioni Sanitarie di presidio in collaborazione con i rispettivi Dipartimenti di Emergenza Urgenza intende realizzare un PDTA dedicato alla prevenzione e gestione della sepsi in ambienti ospedalieri		
INDICATORE Bozza di detto PDTA entro 30 dicembre 2024.		
STANDARD Procedura condivisa con gli stakeholders		
FONTE Direzioni Sanitarie di Presidio		
MATRICE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA, direttori medici di presidio	GO-CICA, Dipartimento Emergenza- Urgenza
Creazione gruppo di lavoro	R	C
Predisposizione documento	C	R
Invio PDTA a Direzioni Sanitarie di presidio	C	R

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



A9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS 2024 sarà adottato con Delibera Aziendale e diffuso tramite:

1. Pubblicazione sulla *home page* dell'Azienda;
2. Pubblicazione sul sito intranet dell'Azienda, sezione *Risk Management*;
3. Pubblicazione sul sito *internet* dell'Azienda, voce Amministrazione Trasparente.



Altre modalità di diffusione del documento:

4. Presentazione al Collegio di Direzione;
5. Invio via *e-mail* alle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, di Distretto e di Dipartimento a Struttura;
6. Inoltro via *e-mail* ai Facilitatori del rischio clinico.

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 35 di 37
---	--	--	----------------------

A10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- CIRCOLARE MINISTERO SANITA' n. 52/1985 LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità-il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- Charles Vincent, Patient Safety, 2nd ed © 2010 by Charles Vincent (first published © Elsevier Limited 2006)
- Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. Ufficio III ex D.G. PROGS. luglio,2012
- Ministero della Salute: Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf
- 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)'"
- 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"
- 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"
- Appropriatelyzza professionale: la chiave per la sostenibilità della sanità pubblica. Fondazione GIMBE. GIUGNO - AGOSTO 2016
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'"
- 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"
- Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017
- Ministero della Salute. Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza 2017-2020 (PNCAR). 2 novembre 2017
- European Centre for Disease Prevention and Control. Economic evaluations of interventions to prevent healthcare-associated infections. Stockholm: ECDC; 2017
- "Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018
- Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based, rivista 231,2018

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024		Pag. 36 di 37
---	--	--	----------------------

- World Health Organization. Global action on patient safety. EVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA72.6. 28 May 2019
- AGENAS. "Indicatori per la sicurezza delle cure. Allegato 1". Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità. 2019
- Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020. Versione del 31 maggio 2020. Istituto Superiore di Sanità
- Determinazione Regionale n. G11797 del 13 ottobre 2020 "Approvazione delle modifiche parziali dell'Atto Aziendale della ASL Roma 2"
- Determinazione Regionale n. G09850 del 20 luglio 2021 recante Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"
- Determinazione Regionale G10851 del 16 settembre 2021 Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"
- World Health Organization 2021. Towards eliminating avoidable harm in health care: GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030
- Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>; accessed 12 July 2021)
- Determinazione Regionale G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- ASL ROMA 2 Deliberazione N. 447 del 28 febbraio 2022. "Adozione Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) 2022"
- ASL ROMA 2 Deliberazione N. 1197 del 28 luglio 2022. "Provvedimento per la modifica dell'Atto Aziendale dell'ASL Roma 2"
- Determinazione Regionale G16501 del 28 novembre 2022: Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- 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
- Ministero della salute. Governo clinico e sicurezza delle cure:
<http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/homeSicurezzaCure.jsp>
- L'errore in medicina. Frequenza, meccanismi e prospettive di prevenzione
<https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2016/10/Lerrore-in-medicina-frequenza-meccanismi-e-prospettive-di-prevenzione.pdf>
- <https://www.epicentro.iss.it/infezioni-correlate/epidemiologia>
- https://www.aslroma2.it/attachments/article/108/Atto_Aziendale_Roma2.pdf



**PIANO ANNUALE DEL
RISCHIO SANITARIO
(PARS) 2024**



Pag. 37 di 37

A11. Allegato 1 - Inserimento dati su piattaforma PREMAL

ASL RM2 INTERNO

0036611/2024 con data: 20/02/2024 12:15:06



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Dipartimento di Prevenzione
Direttore: Dott. Giuseppe De Angelis
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Responsabile ff: Dott.ssa Cinthya Isidori
Viale Battista Bardanzellu, 8 - 00155 Roma
Tel. +39 06.4143.4916/51 - Fax +39 06.5100.9140
e-Mail: igienepubblica@aslroma2.it
PEC: dipartimento.prevenzione@pec.aslroma2.it

Roma, 19/02/2024

A: Dott. Antonio Salvatore Miglietta
antoniosalvatore.miglietta@aslroma2.it

Rif. Nota: /

Oggetto: Batteriemie da CRE

In merito alla nota di pari oggetto si comunica che, da una verifica effettuata sul programma Regionale PREMAL nel periodo 01/01/2023 al 31/12/2023, il numero delle notifiche di batteriemie da CRE suddivise per singola struttura sono state:

Presidio Ospedaliero	CRE	NOTE
P.O. Sandro Pertini	17	-
P.O. S. Eugenio/CTO	58	-
Istituto Fisioterapici Ospedalieri – IFO	4	-
Campus Biomedico	61	-
Nuova Itor	1	-
Policlinico Tor Vergata	51	-
Policlinico Casilino	12	-

U.O.S. Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie Infettive
Referente per la U.O.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
Il Dirigente Medico
Dott. Simone Renzi

Segue deliberazione N° 340 del 28/02/2024

PUBBLICAZIONE

*Si dichiara che, ai sensi dell'art. 31 L. R. Lazio 45/1996 e del combinato disposto degli artt. 32 L. 69/2009 e 12 L. R. Lazio 1/2011, la presente deliberazione è pubblicata in data **29/02/2024** sull'Albo pretorio, consultabile sul sito web istituzionale www.aslroma2.it, per rimanervi affissa 15 giorni consecutivi e contestualmente resa disponibile al Collegio Sindacale.*

Il direttore UOC Affari Generali

Massimo Guerrieri Wolf

(Firmato digitalmente)

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE

Ai sensi dell'art. 23 del Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. (c.d. Codice dell'Amministrazione digitale "CAD") questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche (artt. 3 bis e 71 del CAD) e si compone del numero di pagine indicato in frontespizio.