

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		1 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

MOTIVO DELLA REVISIONE	EMISSIONE PARS 2022	
EMESSO DA	Dott.ssa Rosaria Sodo (Risk Manager)	
	Giuseppe Ricci (RGQ)	
VERIFICATO DA	Elisabetta Ferrari (AD e Presidente del CdA)	

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		2 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Sommario

1. Introduzione	3
2. Ambito di applicazione	3
3. La valutazione del rischio sanitario	4
4. Contesto organizzativo	5
4.1 Specificità sul tema di prevenzione del rischio infettivo	6
5. Eventi avversi/eventi sentinella/near miss	8
5.1 Descrizione eventi avversi/eventi sentinella/near miss nell'ultimo triennio - RSA	8
5.2 Descrizione eventi avversi/eventi sentinella nell'ultimo triennio - CdR	9
6. Descrizione polizza assicurativa	10
7. Resoconto delle attività del PARM e del PAICA precedenti	11
7.1 Resoconto PARM 2021 (RSA)	11
7.2 Resoconto PAICA 2021 (RSA e CdR)	15
8. Figure coinvolte e responsabilità del PARS	21
9. Obiettivi, attività e matrici delle responsabilità per il 2022	22
9.1 Attività per il 2022	23
9.2 Matrici delle responsabilità	24
10. Scadenze temporali e modalità di trasmissione del PARS	33
11. Riferimenti normativi	33

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		3 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

1. Introduzione

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del *commitment* regionale, consentono 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. 24/2017 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, La Regione Lazio ha ritenuto opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico documento: il **Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)** con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'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.

2. Ambito di applicazione

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) nonché all'ARES 118.

Per le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate, come Villa Serena, l'elaborazione del PARS (associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste) rappresenta un'evidenza documentale, utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza agli specifici requisiti ulteriori previsti dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo.

3. La valutazione del rischio sanitario

Il punto di avvio della valutazione del rischio prevede l'individuazione delle attività clinico-assistenziali poste in essere nella struttura. Alla ricognizione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata, disponendo i documenti contenenti gli adempimenti richiesti (requisiti di autorizzazione e accreditamento, documenti regionali, raccomandazioni ministeriali, ecc.) lungo l'asse delle ascisse e le attività clinico-assistenziali erogate lungo quello delle ordinate. A questo punto occorre valutare in quali punti queste si intersecano, in tutto o in parte, con gli adempimenti documentali o con le indicazioni contenute in linee guida o buone pratiche utilizzate in contesti organizzativi simili. Questi punti di intersezione rappresentano le evidenze documentali di cui la Struttura deve disporre per dimostrare di governare i potenziali rischi specifici legati all'erogazione delle attività clinico-assistenziali (Figura 1).

Figura 1 – Mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice

Documenti di indirizzo	R. M. n.7	R. M. n.8	R. M. n.9	R. M. n.11	R. M. n.12	R. M. n.13	R. M. n.17	R. M. n.18	R. M. n.19	Identificazione persona assist.	Linee guida EPUAP	PIRIM	Piano Regionale Prevenz. cadute	Prevenzione e gestione violenza operatori	Sicurezza terapia farmacologica
Attività 1	X			X	X		X	X	X	X					X
Attività 2						X					X	X	X		
Attività 3		X												X	
Attività 4			X												

Legenda: R.M. = Raccomandazione Ministeriale

Nella Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) Villa Serena le intersezioni fra le attività clinico-assistenziali di seguito elencate e le raccomandazioni e i documenti regionali, sono le seguenti:

Attività 1. Valutazione quotidiana generale del paziente, gestione della terapia farmacologica, effettuazione di visite specialistiche interne ed esterne alla Struttura:

- Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;
- Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto;
- Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;
- Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;
- Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi;
- Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide;
- Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica;
- Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		5 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Attività 2. Soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo compresa la gestione delle limitazioni motorie e la prevenzione delle iatrogenesi dovute alla sindrome da immobilizzazione e delle infezioni correlate all'assistenza:

- a. Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute;
- b. Piano regionale sulla prevenzione delle cadute;
- c. Linee guida EPUAP-European Pressure Ulcer Advisory Panel (lesioni da pressione);
- d. Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (PIRIM).

Attività 3. Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto- etero- lesive:

- a. Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;
- b. Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori.

Attività 4. Rispetto delle scadenze di manutenzione programmata e interventi straordinari di manutenzione degli strumenti elettromedicali

- a. Raccomandazione ministeriale n.9 sui dispositivi medicali

Il modello proposto consente di:

- Orientare il Risk Manager nel processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura sanitaria;
- Agevolare la stesura del numero minimo di documenti (istruzioni operative e/o procedure) necessario a garantire il governo del rischio (anche infettivo) presente nella Struttura;
- Individuare i nodi a più elevato impatto organizzativo al fine di produrre procedure selettivamente orientate alle specifiche della Struttura in esame.

4. Contesto organizzativo

Villa Serena Srl è così suddivisa:

- R.S.A.: con capacità ricettiva in regime di accreditamento dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad acta U00029 del 12/02/2014 di 80 posti letto, di cui 40 in mantenimento A e 40 in mantenimento B. È destinata all'assistenza di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza medica, infermieristica o riabilitativa, generica o specializzata. La R.S.A. necessita della presenza di un Medico Responsabile per 38 ore settimanali. Sono inoltre presenti 14 unità infermieristiche in pianta organica (6 unità distribuite nelle 24h, oltre alla Dirigente Infermieristica e alla Coordinatrice Infermieristica presenti nel turno mattutino), 25 unità di assistenza all'ospite (OTA) in pianta organica (14 nelle 24h), 3 terapisti nelle ore diurne, 4 educatrici, 1 psicologa, 1 assistente sociale e 1 dietista.

Al 31/12/2021 i degenti in RSA erano 69 e in Casa di Riposo 68 (rispettivamente +14 in RSA e stesso numero in CdR se paragonati al 31/12/2020).

DATI ATTIVITA' RSA		
Giornate di degenza totali 2021: 22.979		
POSTI TOTALI	80	Tasso occupazione
Posti letto totali Mantenimento A	40	100%
Posti letto totali Mantenimento B	40	100%
Posti letto occupati Mantenimento A	34	85%
Posti letto occupati Mantenimento B	35	87,5%

- CDR (Casa di Riposo): con capacità ricettiva, in regime di autorizzazione rilasciata dal Comune di Montefiascone, di 140 posti letto. Ospita persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Non è richiesta la presenza del personale medico, ma è comunque sempre presente il personale infermieristico oltre ai MMG che accedono quotidianamente alla struttura.

DATI ATTIVITA' CDR	
Giornate di degenza totali 2021: 23.031	
Posti letto totali	140
Posti letto occupati	68

4.1 Specificità sul tema di prevenzione del rischio infettivo

In questo paragrafo si descrivono le specificità organizzative che Villa Serena ha messo in atto relativamente alla prevenzione del rischio infettivo generale.

a. Pandemia da SARS-CoV-2 e istituzione del CC-ICA

L'emergenza *coronavirus* ha portato Villa Serena, a partire dal mese di febbraio 2020, ad attivarsi per alzare ulteriormente il livello di attenzione, già comunque alto, circa la prevenzione del rischio infettivo. Il 28 febbraio 2020 è stato istituito il CC-ICA (Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza) di cui il Risk Manager (dottorosa Rosaria Sodo) è stata nominata Referente. Il CC-ICA si avvale della collaborazione del Comitato di Coordinamento della Struttura che diventa il Comitato Multidisciplinare di Supporto. A marzo 2021 Villa Serena ha emesso il Regolamento del CC-ICA, allegato alla presente edizione del PARS.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		7 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

b. Piano prevenzione Covid-19 e Vademecum Covid-19

A partire dal 28 febbraio 2020 viene emesso dal CC-ICA un “Piano di intervento per la prevenzione del contagio da coronavirus” costantemente aggiornato, di cui è allegata al PARS l’ultima versione. Nell’anno 2021 le misure di prevenzione e controllo messe in atto da Villa Serena nei confronti della pandemia, hanno dimostrato la loro efficacia dal momento che non si sono verificati casi di positività al virus SARS-CoV-2 né tra gli ospiti, né tra i dipendenti. Ciononostante Villa Serena ha redatto una serie di documenti (istruzioni operative, planimetrie, disposizioni varie) riportanti le misure d’emergenza da applicare nel caso di sopraggiunta necessità. Al presente documento si allega un piano di azioni, aggiornato alla data di emissione del PARS 2022, che la Struttura applica allo scopo di contrastare la diffusione del contagio da SARS-CoV-2, denominato “Vademecum Covid-19” e predisposto per mettere in atto tempestivamente tutte le azioni necessarie anche in caso di eventuali future nuove emergenze.

c. Programma di buon uso degli antibiotici

Villa Serena ha stabilito un programma di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial Stewardship*) illustrato nella IOS.61 “Informazioni sul buon uso degli antibiotici” rev.00.

d. Trattamento dell’acqua ad uso umano e controlli microbiologici

Da anni Villa Serena si serve di un impianto di depurazione dell’acqua per uso alimentare proveniente dalla rete idrica comunale. Il 17/10/2019 è stata installata una nuova "Apparecchiatura per il trattamento delle acque potabili destinate al consumo umano" della ditta RG Italia Production; il 01/11/2019 è iniziato il contratto di manutenzione con la ditta Gajarda di Viterbo la quale provvede anche all’analisi annuale della qualità dell’acqua trattata. L’apparecchiatura in oggetto consiste di un purificatore ad osmosi inversa che si alimenta con l’acqua proveniente dall’acquedotto pubblico, sottoposta per legge a clorazione prima di essere immessa nella rete di distribuzione; notoriamente il cloro esercita un’azione battericida. Prima di entrare nel purificatore, l’acqua proveniente dall’acquedotto viene fatta passare attraverso un primo filtro che trattiene eventuali sedimenti solidi (sabbie, ecc.), dopodiché l’acqua arriva ad un ulteriore filtro a carboni attivi che toglie odori, cloro (il cloro deve essere eliminato perché è considerato una sostanza tossica ed inoltre può rovinare la membrana osmotica) e altre sostanze nocive; i filtri vengono sostituiti periodicamente (una volta ogni sei mesi, in occasione del controllo programmato.) L’acqua, dopo essere passata all’interno dei suddetti filtri, entra nel purificatore dove una pompa ad alta pressione la spinge a passare attraverso una membrana microporosa ad osmosi inversa che trattiene la quasi totalità delle sostanze nocive (arsenico, fluoruri, ecc.). Dopo questo passaggio l’acqua trattata risulta completamente priva di qualsiasi residuo (come fosse acqua distillata) ma non è potabile, essendo troppo povera di minerali e pertanto per legge, prima di poter essere consumata, deve essere nuovamente miscelata con una minima quantità di acqua non trattata; tale ulteriore passaggio, che avviene all’interno del purificatore mediante una specifica valvola regolabile, rende l’acqua ideale per bere e cucinare con un residuo basso e praticamente priva di cloro e sostanze nocive. L’acqua trattata, con il giusto residuo minerale, viene inviata ad un serbatoio di accumulo, da dove viene poi prelevata (mandata in circolo da una pompa elettrica) per i diversi usi, ma prima di arrivare al serbatoio di accumulo passa attraverso una lampada che emette luce ultravioletta che esercita sull’acqua trattata la definitiva azione battericida.

La funzionalità dell’impianto viene tenuta sotto controllo dalla ditta appaltatrice della manutenzione che provvede all’analisi delle acque.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		8 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Inoltre, mensilmente, il personale interno di Villa Serena effettua la misurazione della conduttanza elettrica (in μs) su un campione di acqua delle rete idrica e su un campione di acqua depurata.

Il “Protocollo per il controllo dell’acqua di rete nei cassoni di riserva e della climatizzazione” adottato da Villa Serena prevede un controllo microbiologico annuale alla ricerca della legionella nell’acqua ad uso umano e nell’impianto di climatizzazione. I controlli effettuati a luglio 2021 e a gennaio 2022 hanno dato esito negativo. Tutti i rubinetti e le cipolle delle docce sono stati disinfettati due volte (a maggio e a novembre) con un prodotto “presidio medico chirurgico” a base di alcool (propan-2-olo, etanolo e bifenil-2-olo).

Come previsto dal manuale di autocontrollo (HACCP) nel 2021 sono stati effettuati i tamponi batteriologici nei locali della cucina, su specifici e utensili, sulle mani e sulla divisa da lavoro del personale della cucina (preso a campione) per due volte (febbraio e luglio). Entrambi i controlli hanno dato esito negativo.

e. Interventi di disinfestazione e derattizzazione

Nel corso dell’anno 2021 sono stati effettuati dodici interventi ordinari di derattizzazione e di disinfestazione tra diurni e notturni che hanno riguardato tutti i locali della struttura; laddove è stato necessario, sono stati effettuati anche interventi di emergenza.

5. Eventi avversi/eventi sentinella/*near miss*

5.1 Descrizione degli eventi avversi/eventi sentinella/*near miss* dell’ultimo triennio - RSA

Nella gestione del rischio clinico, l’esatta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione degli interventi di miglioramento.

La stesura della presente sezione del documento, prende le mosse da una valutazione orientativa dei rischi clinici presenti, sulla base dell’analisi dei dati statistici disponibili nel periodo 2019 - 2021.

Dal 2018 l’analisi documentale ha permesso di rilevare una prevalenza di criticità sostanzialmente correlate a: LESIONI DA DECUBITO, CADUTE DEL PAZIENTE, SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE, INFEZIONI DA CATETERISMO VESCICALE, RISCHIO INFETTIVO (GENERICO), RISCHIO ALIMENTARE e RISCHIO FARMACI.

Anche nel 2021 il personale medico e paramedico della RSA ha registrato il verificarsi di eventi avversi, di eventi sentinella e di *near miss*, compilando il modulo sanitario MS.36 “Eventi avversi-*near miss*” rev.05. Si è poi provveduto ad una puntuale raccolta dati riguardanti il verificarsi degli eventi, con l’utilizzo del modulo MS.35 rev.00, aggiornato mensilmente. Di seguito si riporta una tabella in cui vengono riassunti i dati raccolti dal 2019 al 2021.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO											9 di 34		
	VILLA SERENA SRL											REV.00		22/02/2022

RSA

Anno	Lesioni da decubito		Cadute Ospiti		Cateterismo vescicale		Rischio infettivo		Sindrome da immobilizzazione		Rischio alimentare		Rischio farmaci	
	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella
2019	10	0	13	1	16	0	34	1	11 (6 in struttura)	0	1	0	0	0
2020	13	0	27	3	19	0	82	7	10 in struttura	0	0	0	1	0
2021	3	1	20	6	30	0	70	0	6 in struttura	0	0	0	0	0

Nel 2021, rispetto ai due anni precedenti di riferimento, si è registrato quanto segue:

- una sensibile diminuzione del numero di lesioni da decubito occorse durante la degenza;
- una diminuzione del numero di cadute rispetto al 2020;
- una diminuzione nei casi di sindrome da immobilizzazione rispetto al 2020;
- una diminuzione di casi rischio alimentare;
- una diminuzione di casi di rischio farmaci;
- una diminuzione di casi di infezione generica rispetto al 2020;
- un aumento di eventi avversi legati ad infezioni da cateterismo vescicale.

Nel 2021 si sono registrati 10 *near miss* sul rischio caduta e nessun *near miss* sugli altri rischi:

Anno	Lesioni da decubito	Cadute Ospiti	Cateterismo vescicale	Rischio infettivo	Sindrome da immobilizzazione	Rischio alimentare	Rischio farmaci
2019 (da ottobre)	0	5	0	0	0	1	0
2020	0	2	1	2	0	1	0
2021	0	10	0	0	0	0	0

5.2 Descrizione degli eventi avversi/eventi sentinella dell'ultimo triennio - CdR

Secondo le linee guida del PARM, i dati di monitoraggio riguardanti la Casa di Riposo non concorrevano all'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management. Ciononostante Villa Serena, attraverso il personale medico e paramedico e l'ufficio Qualità, ha, fin dal 2018, effettuato regolari monitoraggi sul verificarsi di eventi avversi e di eventi sentinella anche in CdR e raccogliendo i dati utilizzando il modulo sanitario MS.36 "Eventi avversi-*near miss*" rev.05. Si è poi provveduto ad una puntuale elaborazione dei dati riguardanti il verificarsi degli eventi, con l'utilizzo del modulo MS.35 rev.00, aggiornato mensilmente. Di seguito si riporta una tabella in cui vengono riassunti i dati raccolti dal 2019 al 2021.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO											10 di 34	
	VILLA SERENA SRL											REV.00	22/02/2022

CdR:

Anno	Lesioni da decubito		Cadute Ospiti		Cateterismo vescicale		Rischio infettivo		Sindrome da immobilizzazione		Rischio alimentare		Rischio farmaci	
	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella
2019	29	0	38	4	21	0	17	0	15	0	0	0	0	0
2020	0	0	76	10	3	0	28	1	2	0	2	0	0	0
2021	2	0	81	11	0	0	13	10	2	0	0	0	0	0

Rispetto ai due anni precedenti si è registrato quanto segue:

- un aumento di casi di lesioni da decubito rispetto al 2020, ma sensibilmente diminuito rispetto al 2019;
- un piccolo aumento nel numero di cadute rispetto al 2020 (+5) e più sensibile rispetto al 2019 (+43);
- l'azzeramento del numero di eventi avversi legati al cateterismo vescicale;
- una diminuzione di casi di rischio infettivo (numero dimezzato rispetto al 2020);

L'elevato numero di casi registrati nel 2019 di lesioni da decubito, cateterismo vescicale e sindrome da immobilizzazione è frutto di una non ancora perfetta metodologia di classificazione dei dati: nel 2019 infatti venivano considerati come "eventi avversi" anche quelli occorsi prima dell'ingresso dell'ospite a Villa Serena e quelli occorsi, ad esempio, durante i ricoveri ospedalieri. Dal 2020 anche in CdR sono stati raccolti dati soltanto sugli eventi avversi e eventi sentinella verificatisi in corso di degenza a Villa Serena.

Fino a tutto il 2021 in Casa di Riposo non sono stati monitorati i *near miss*.

Legenda:

EVENTO AVVERSO: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

EVENTO SENTINELLA: 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 degli ospiti nei confronti di Villa Serena.

NEAR MISS: Evento che avrebbe potuto determinare conseguenze avverse che invece non sono avvenute. L'evento avverso non avviene perché viene rilevato in anticipo l'errore o grazie a coincidenze fortunate. Il *near miss* è un evento a tutti gli effetti ed è indistinguibile da quelli che determinano danni al paziente se non fosse per le conseguenze negative che nel *near miss* sono assenti.

N.D.: Dato non disponibile in forma aggregata.

6. Descrizione della posizione assicurativa

Di seguito si riporta una presentazione sintetica dei dati della polizza assicurativa di Villa Serena sotto forma di tabella, dell'ultimo triennio:

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		11 di 34
	VILLA SERENA SRL		REV.00 22/02/2022

Anno	Denominazione polizza e numero	Premio pagato	Scadenza	Massimale
2020	Unipol SAI n. 164470056 RCT/O (Responsabilità Civile Terzi e Ospedaliera)	20.760€	30/04/2020	Massimale al 31/12/2019: 1.000.000 Euro
2021	Unipol SAI n. 164470056/2 RCT/O (Responsabilità Civile Terzi e Ospedaliera)	25.000€	30/04/2021	Massimale al 31/12/2020: 2.000.000 Euro
2022	Unipol SAI n. 1/39187/65/164470056 RCT/O (Responsabilità Civile Terzi e Ospedaliera)	25.000€	30/04/2022	Massimale al 31/12/2021: 2.000.000 Euro

Nel 2021 non si sono verificati sinistri né casi di eventi avversi per i quali siano state presentate richieste di risarcimento alla Struttura.

7. Resoconto delle attività del PARM e del PAICA precedenti

Il presente documento rappresenta la prima edizione del PARS. Di seguito, quindi, vengono riportati i resoconti delle attività del PARM e del PAICA precedenti.

7.1 Resoconto PARM 2021 (RSA)

Resoconto sul raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel PARM 2021

Nel PARM 2021 (rev.05, approvata dal CdA in data 29/07/2021) erano stati stabiliti i seguenti obiettivi:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.
3. Monitoraggio sistematico e contenimento degli eventi avversi.
4. Prevenire la diffusione del contagio da *coronavirus*.

Le modalità adottate per il raggiungimento degli obiettivi sono riportate di seguito:

Obiettivo 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

Attività 1: Organizzazione corsi di formazione

Nell'anno 2021 è stato organizzato un corso di formazione, indirizzato a tutto il personale assistenziale ed infermieristico sia della RSA che della CdR, dal titolo "Prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		12 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

all'Assistenza (ICA) e del rischio infettivo. Il corso, organizzato e tenuto dalla dott.ssa Sodo, Risk Manager di Villa Serena, si è svolto in presenza, nel rispetto di tutte le procedure anti-Covid ed ha visto la partecipazione del 90% del personale atteso. In particolare, in termini di sicurezza, per evitare assembramenti, si è previsto un numero di partecipanti non superiore a 15 persone per ogni data. La Direzione ritiene che, nonostante le difficoltà oggettive riscontrate per l'organizzazione e l'erogazione di corsi di formazione in presenza nel rispetto del necessario distanziamento sociale, il corso realizzato sia stato efficace. Non è stata effettuata la formazione sulla "Somministrazione farmaci", sulla "Modalità di gestione degli eventi avversi" e "Prevenzione e gestione delle lesioni da decubito": tali corsi vengono programmati per il 2022.

Obiettivo 2) 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/sentinella.

Attività 1: monitoraggio semestrale sul controllo della completezza della cartella clinica/PAP.

Al 31/12/2021, da un'analisi delle cartelle cliniche sono emerse delle difficoltà da parte del personale nel rispettare i tempi di compilazione delle cartelle, principalmente nella somministrazione delle scale di valutazione (ADL, MMSE, scala del dolore, Barthel, ecc.), anche a causa di un utilizzo non ancora totalmente efficiente della Cartella Informatica.

Al contrario, si è evidenziato che nell'apertura dei 57 PAP si è sempre rispettata la normativa che obbliga l'equipe multidisciplinare ad aprire il Piano di Assistenza Personalizzato entro 15 giorni dall'ingresso dell'ospite in Struttura.

La Direzione ritiene che l'implementazione della Cartella Clinica Elettronica (CCE), introdotta in RSA a gennaio 2019, con il coinvolgimento di tutto il personale sanitario e dei medici di base, abbia portato ad un deciso miglioramento nella stesura e gestione dei PAP. Ciononostante, come detto, alcune delle potenzialità dello strumento elettronico devono ancora essere padroneggiate dal personale interessato. Ad esempio un utilizzo efficace della sezione della CCE relativa agli eventi avversi, eventi sentinella e *near miss* potrebbe facilitare non solo la raccolta dati, ma anche una facile e veloce estrapolazione degli elementi necessari sia allo svolgimento di audit proattivi e/o reattivi che alla compilazione del PARS.

L'innovazione tecnologica della Cartella Clinica Elettronica si è rivelata essenziale durante l'emergenza sanitaria, come testimoniato dai MMG e dal personale ASL che l'hanno usata e molto apprezzata in termini di efficienza, velocità, sicurezza e comodità di utilizzo da remoto.

Attività 2: Audit organizzativi di Sistema: metodo di valutazione dei processi organizzativi di supporto all'attività sanitaria finalizzato all'individuazione delle criticità emerse con le relative azioni di miglioramento ed alla loro conseguente introduzione nella pratica professionale.

Nell'ambito del Sistema di Gestione Qualità, nel 2021 è stato programmato e regolarmente effettuato un ciclo completo di audit. Un ulteriore ciclo ha riguardato il reparto Casa di Riposo. In entrambi i casi sono stati valutati anche gli indicatori descritti nel PARM.

Obiettivo 3) Monitoraggio sistematico e contenimento degli eventi avversi.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO										13 di 34		
	VILLA SERENA SRL										REV.00		22/02/2022

Attività 1: Utilizzo di un sistema interno di raccolta dati sugli eventi sentinella e gli eventi avversi correlati alle prestazioni sanitarie

Come negli ultimi anni, anche nel 2021 in RSA sono stati regolarmente segnalati gli eventi avversi, gli eventi sentinella e i *near miss* attraverso l'uso del modulo MS.36 "Eventi avversi-*near miss*" ed è stato regolarmente aggiornato il modulo MS.35 "Monitoraggio rischi clinici" per facilitare la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Anno 2021:

Mese	Lesioni da decubito (in corso di degenza)		Cadute ospiti		Cateterismo vescicale (infezione da)		Rischio infettivo		Sindrome da immobilizzazione (in corso di degenza)		Rischio farmaci		Rischio alimentare	
	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella	Eventi avversi	Eventi sentinella
Gennaio	0	0	4	3	5	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Febbraio	1	1	1	1	7	0	5	0	1	0	0	0	0	0
Marzo	1	0	2	0	3	0	2	0	1	0	0	0	0	0
Aprile	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maggio	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Giugno	0	0	2	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0
Luglio	0	0	1	0	0	0	15	0	2	0	0	0	0	0
Agosto	0	0	1	0	2	0	7	0	1	0	0	0	0	0
Settembre	0	0	4	1	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0
Ottobre	0	0	2	0	3	0	7	0	0	0	0	0	0	0
Novembre	0	0	1	0	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0
Dicembre	0	0	0	0	3	0	8	0	0	0	0	0	0	0
Totali	3	1	20	6	30	0	70	0	6	0	0	0	0	0

Di seguito si riporta il risultato del monitoraggio dei *near miss*:

Agosto: 1 *near miss* caduta
 Settembre: 2 *near miss* caduta
 Ottobre: 1 *near miss* caduta
 Novembre: 4 *near miss* caduta
 Dicembre: 2 *near miss* caduta

In totale sono stati registrati 10 *near miss*, tutti riguardanti il rischio caduta.

Il metodo di raccolta dati è risultato efficace. La Direzione dispone, comunque, che nel 2022 si realizzi la transizione dal cartaceo al digitale, cominciando ad utilizzare la sezione apposita della Cartella Clinica Elettronica.

Attività 2: Briefing tra i responsabili di reparto, Caposala e la Direzione

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO										14 di 34		
	VILLA SERENA SRL										REV.00		22/02/2022

Nel 2021 sono state effettuate un totale di 10 riunioni d'equipe verbalizzate tra la Direzione Sanitaria e il personale della RSA, principalmente riguardanti la stesura dei PAP degli ospiti. L'obiettivo di 12 riunioni totali nel corso dell'anno non è stato, quindi, centrato, anche se la comunicazione tra i responsabili del reparto e il personale infermieristico ed assistenziale è sempre stata garantita da briefing ed incontri quotidiani informali non verbalizzati. Per il 2022 si dispone di porre maggiore attenzione e puntualità all'organizzazione di almeno una riunione d'equipe verbalizzata al mese.

Attività 3: Monitoraggio annuale degli eventi avversi, eventi sentinella e near miss verificatisi e registrati

Eventi avversi (N. eventi avversi 2021/N. eventi avversi 2020; standard atteso: ≤80%)

Anno	Lesioni da decubito		Cadute Ospiti		Cateterismo vescicale		Rischio infettivo		Sindrome da immobilizzazione		Rischio farmaci		Rischio alimentare	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
N° eventi avversi	13	3	27	20	19	30	82	70	10 (in struttura)	6 (in struttura)	0	0	1	0
Rispetto dello standard	23%		74%		158%		85%		60%		=		0%	

Paragonando i dati raccolti nel 2021 con quelli del 2020, si riscontra una diminuzione generale degli eventi avversi registrati. L'unico dato in crescita rispetto all'anno precedente è quello relativo al rischio "infezione da cateterismo vescicale" (standard non raggiunto), mentre il dato sul "rischio farmaci" è stato nullo sia nel 2021 che nel 2020. In totale sono stati registrati 129 eventi avversi (rispetto ai 152 registrati nel 2020), con una diminuzione complessiva del 15%. Pur riscontrando una diminuzione dei casi nel 2021, lo standard previsto non è stato raggiunto neanche nel "rischio infettivo" generale.

Eventi sentinella (N. eventi sentinella 2021/N. eventi sentinella 2020; standard atteso: <100%)

Anno	Lesioni da decubito		Cadute Ospiti		Cateterismo vescicale		Rischio infettivo		Sindrome da immobilizzazione		Rischio alimentare		Rischio farmaci	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
N° eventi sentinella	0	1	3	6	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
Rispetto dello standard	100%		200%		=		0		=		=		=	

Nel 2021 sono stati registrati 7 eventi sentinella; rispetto ai 10 registrati nel 2020 c'è stata una diminuzione del 30%. La Direzione ritiene valide le soluzioni messe in atto per contrastare le conseguenze dell'evento ed evitare che si ripeta di nuovo, in particolare riguardo agli eventi sentinella "caduta".

Near miss (N. near miss 2021/N. near miss 2020; standard atteso: <80%)

Anno	Near miss	
	2020	2021
N° near miss	6	10
Rispetto dello standard	166%	

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		15 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Obiettivo 4) Prevenire la diffusione del contagio da coronavirus

Attività 1: Monitoraggio dati sospetti e conclamati

Attività 2: Monitoraggio vaccinazioni ospiti e casi Covid immunizzati

In tutto il 2021 non si sono registrati casi di positività al virus SARS CoV-2 dentro Villa Serena, né tra gli ospiti, né tra i lavoratori. La Direzione ha sempre provveduto puntualmente alla diffusione capillare dei numerosi aggiornamenti delle normative vigenti in materia, sensibilizzando in particolare sia i dipendenti che i familiari degli ospiti a mantenere sempre un atteggiamento responsabile dentro e fuori della Struttura, indossando adeguatamente i DPI, praticando l'igiene delle mani e quella respiratoria, rispettando sempre la distanza interpersonale e, soprattutto effettuando quotidianamente la sorveglianza sanitaria e sottoponendosi alla somministrazione del vaccino anti-Covid. I dipendenti vengono inoltre sottoposti regolarmente a tampone antigenico rapido a spese della Struttura, così da poter essere diagnosticata il prima possibile un'eventuale positività al virus e minimizzare le conseguenze per gli ospiti. Il metodo di monitoraggio adottato dai referenti del reparto RSA e dal Responsabile della Qualità viene ritenuto idoneo e confermato per l'anno 2022.

Elenco delle Istruzioni Operative

Le Istruzioni Operative Sanitarie specifiche sulla prevenzione e gestione del rischio clinico, sono state tutte confermate. Alcune sono state oggetto di revisione. Di seguito un elenco esaustivo sulle IOS attualmente in vigore e il relativo numero di revisione:

IOS.08 Prevenzione cadute e fragilità (Rev. 06)

IOS.16 Preparazione e somministrazione farmaci (rev.07)

IOS.21 Cateterismo vescicale (Rev. 06)

IOS.27 Disposizioni uso DPI – Covid-19 (Rev.04)

IOS.33 Sindrome da immobilizzazione (Rev. 05)

IOS.37 Sorveglianza attiva – Caso sospetto/Caso confermato Covid-19 (rev.03)

IOS.40 Igiene delle mani (rev.00)

IOS.48 Prevenzione e gestione rischio infettivo (Rev. 01) (sulla base degli studi della ASL Brescia – Ottobre 2015)

IOS.49 Prevenzione lesioni da decubito (Rev. 00) (sulla base dell'analogo documento pubblicato dalla ASL Viterbo – 01/03/2013)

IOS.52 Gestione infermieristica della PEG (rev.00)

IOS.53 Idratazione (rev.00)

IOS.55 Nutrizione enterale (rev.01)

IOS.60 Trattamento della malnutrizione nell'anziano (rev.00)

IOS.61 Informazioni sul buon uso degli antibiotici (rev.00)

7.2 Resoconto PAICA 2021 (RSA e CdR)

Di seguito si riportano i dati raccolti nel corso del 2021 sugli obiettivi da raggiungere stabiliti dal PAICA e sulle attività messe in atto allo scopo. Le attività, se non meglio specificato, si riferiscono sia alla RSA che alla Casa di Riposo.

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento al rischio infettivo

Attività 1: Organizzazione corsi formazione mirati al monitoraggio e alla prevenzione delle infezioni ICA

A maggio 2021 è stato realizzato un corso di formazione, tenuto dal Medico Responsabile della RSA, dott.ssa Sodo, indirizzato al personale infermieristico ed assistenziale della RSA con titolo: "Prevenzione e gestione delle Infezioni correlate all'Assistenza (ICA) e del rischio infettivo". A dicembre il corso di formazione è stato ripetuto, indirizzandolo agli infermieri e al personale assistenziale della Casa di Riposo.

Attività 2: Organizzazione corsi formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici

Non sono stati svolti corsi di formazione indirizzati agli operatori riguardanti l'uso degli antibiotici.

Obiettivo B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo

Attività 1: Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle principali ICA

Nel 2021 è stata effettuata un'indagine di prevalenza sulle principali Infezioni Correlate, infezioni del tratto urinario, infezioni da *Clostridium difficile*, infezioni delle vie respiratorie, ecc.). Di seguito si riportano i risultati.

a) RSA

Tipo di infezione	N° di infezioni
Tratto urinario (da cateterismo)	30
Vie respiratorie	15
Tratto urinario (senza catetere)	9
Altro	4
Ferita chirurgica	2
Lesione de decubito	2
Totale	62

Tipo di microrganismo	N° di casi
<i>E. coli</i>	31
<i>Proteus Mirabilis</i>	2
<i>Stafilococco aureus</i>	1
<i>Stafilococco epidermidis</i>	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1
<i>Acinetobacter baumannii</i> *	1
Totale	37

*: il paziente è stato isolato per 18 giorni.

a) Casa di Riposo

Tipo di infezione	N° di infezioni
Vie respiratorie	8
Vascolare	2
Lesione da decubito	1
Tratto urinario	1
Ferita da caduta	1
Totale	13

Tipo di microrganismo	N° di casi
<i>E. coli</i>	2
Totale	2

Laddove possibile si è risalito al tipo di microrganismo responsabile dell'infezione, come indicato nelle tabelle. I dati non disponibili in forma aggregata non sono stati riportati.

Nel 2021 non sono state registrate infezioni polmonari associate a ventilatori in Struttura, non essendo Villa Serena predisposta all'utilizzo di tali macchinari.

Attività 2: Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo

Nell'apparato documentale di Villa Serena, tenuto costantemente sotto controllo secondo quanto stabilito dalla norma UNI EN ISO 9001:2015 della Qualità, sono presenti da tempo numerose istruzioni operative che definiscono la prevenzione e la gestione del rischio clinico. In data 22/10/2020 la IOS.48 "Prevenzione e gestione rischio infettivo", elaborata sulla base degli studi della ASL Brescia – Ottobre 2015, era stata aggiornata alla rev.01, secondo quanto indicato dalle linee guida per l'elaborazione del PAICA.

Di seguito un elenco esaustivo sulle IOS pertinenti alla gestione del rischio infettivo, attualmente in vigore e il relativo numero di revisione:

- IOS.01 Pulizia e sanificazione (Rev.06)
- IOS.10 Gestione rifiuti (Rev.07)
- IOS.21 Cateterismo vescicale (Rev. 06)
- IOS.27 Disposizioni uso DPI – Covid-19 (Rev.04)
- IOS.37 Sorveglianza attiva – Caso sospetto/Caso confermato Covid-19 (rev.03)
- IOS.40 Igiene delle mani (rev.00)
- IOS.48 Prevenzione e gestione rischio infettivo (Rev. 01) (sulla base degli studi della ASL Brescia – Ottobre 2015)
- IOS.49 Prevenzione lesioni da decubito (Rev. 00) (sulla base dell'analogo documento pubblicato dalla ASL Viterbo – 01/03/2013)
- IOS.61 Informazioni sul buon uso degli antibiotici

Attività 3: Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati di eventi avversi relativi al rischio infettivo

Secondo quanto stabilito nelle linee guida del PARM, Villa Serena ha adottato già da tempo un metodo di raccolta dati e monitoraggio degli eventi avversi relativi ai rischi clinici indicati nella normativa di riferimento, compreso il rischio infettivo. Nel 2021 sono stati regolarmente segnalati gli eventi avversi, gli eventi sentinella e i *near miss* (questi ultimi solo per la RSA) attraverso l'uso del modulo MS.36 "Eventi avversi-*near miss*" ed è stato regolarmente aggiornato il modulo MS.35 "Monitoraggio rischi clinici" per facilitare la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Di seguito si riporta il resoconto del monitoraggio degli eventi avversi da ischio infettivo occorsi del 2021:

Anno 2021	RSA	CdR	<i>Totali</i>
Eventi avversi infettivi con isolamento	1	0	1
Eventi avversi infettivi senza isolamento	99	13	112
<i>Totali</i>	100	13	113

Obiettivo C: Sviluppo e consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

Attività 1: Elaborare/consolidare una procedura di segnalazione batteriemie/infezioni CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (Zavicefta)

Nella IOS.48 è riportato un sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (Zavicefta) a partenza del laboratorio di microbiologia di riferimento.

Attività 2: Elaborare/revisionare/confermare una procedura in cui definire un modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) nelle infezioni/colonizzazioni da CRE

Nella IOS.48 è riportato anche un modello di sorveglianza attiva nelle infezioni/colonizzazioni da CRE.

Attività 3: Individuare e nominare o confermare un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA che sarà responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema di sorveglianza

Nel 2020 è stato individuato e nominato il referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA, responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema di sorveglianza, nella persona del medico responsabile della RSA e Risk Manager, con nomina del 29/05/2020.

Attività 4: Elaborazione di report con cadenza semestrale relativi alle infezioni/colonizzazioni da CRE (se presenti)

In relazione alla sorveglianza delle infezioni da CRE, i medici componenti del Team di lavoro Multidisciplinare di Supporto al CC-ICA hanno dichiarato che "nell'anno 2021 non sono state rilevate in RSA e in CdR infezioni da batteri resistenti ai carbapenemi."

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		19 di 34
	VILLA SERENA SRL		REV.00 22/02/2022

Obiettivo D: Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 giorni di degenza:

Attività 1: Implementare/confermare un sistema di monitoraggio mensile sul consumo di antibiotici

Nel 2021 sono stati raccolti i dati di monitoraggio sul consumo degli antibiotici calcolati in Dosi Definite Giornaliere, confermando il metodo di raccolta ed elaborazione dati già in uso nel 2020:

a) RSA

MESE	DDD (Dosi Definite Giornaliere) cumulativo al mese	Media DDD/mese (calcolata sul totale dell'anno)	Totale giornate di degenza RSA	DDD/100 giornate/mese	DDD/persona/mese
ANNO 2021					
gen-21	67	46,75	1.778	3,77	0,0377
feb-21	59	46,75	1.614	3,66	0,0366
mar-21	35	46,75	1.786	1,96	0,0196
apr-21	0	46,75	1.711	0,00	0,0000
mag-21	23	46,75	1.834	1,25	0,0125
giu-21	20	46,75	1.877	1,07	0,0107
lug-21	115	46,75	1.991	5,78	0,0578
ago-21	43	46,75	2.086	2,06	0,0206
set-21	45	46,75	2.081	2,16	0,0216
ott-21	44	46,75	2.077	2,12	0,0212
nov-21	45	46,75	2.059	2,19	0,0219
dic-21	65	46,75	2.074	3,13	0,0313
tot.	561	561	22.968	29,14	0,2914

b) Casa di Riposo

MESE	DDD (Dosi Definite Giornaliere)	Media DDD/mese (calcolata sul totale dell'anno)	Totale giornate di degenza CdR	DDD/100 giornate	DDD/persona/mese
ANNO 2021					
gen-21	0	8,17	2.073	0,00	0
feb-21	22	8,17	1.893	1,16	0,0116
mar-21	0	8,17	1.958	0,00	0,0000
apr-21	0	8,17	1.854	0,00	0,0000
mag-21	0	8,17	1.861	0,00	0,0000
giu-21	0	8,17	1.695	0,00	0,0000
lug-21	0	8,17	1.888	0,00	0,0000
ago-21	0	8,17	1.991	0,00	0,0000
set-21	10	8,17	1.910	0,52	0,0052
ott-21	0	8,17	1.933	0,00	0,0000
nov-21	24	8,17	1.840	1,30	0,0130
dic-21	42	8,17	2.039	2,06	0,0206
tot.	98	98	22.935	5,05	0,0505

Obiettivo E: Implementare/confermare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

Attività 1: Realizzare/consolidare un sistema di monitoraggio trimestrale del consumo di prodotti per l'igiene delle mani.

Nel 2021 è stato monitorato il consumo dei prodotti idroalcolici utilizzati per la disinfezione delle mani. I dati, raccolti sia per la RSA che per la CdR, sono riassunti nella tabella seguente.

TRIMESTRE	Litri consumati	Totale giornate di degenza RSA+CdR	Litri consumati/1000 giornate degenza
I Trimestre	35	11.209	3,122
II Trimestre	42	10.831	3,850
III Trimestre	23	11.947	1,925
IV Trimestre	20	12.023	1,663
tot.	120	46.010	10,56

Obiettivo F: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici avvalendosi dell'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di un team multidisciplinare a supporto del CCICA

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		21 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Attività 1: Istituire/implementare/confermare un team di lavoro multidisciplinare a supporto del CC-ICA e implementare uno o più programmi di buon uso degli antibiotici

Il 20/10/2020, secondo quanto riportato nel relativo verbale di riunione, è stato istituito il Team di lavoro Multidisciplinare di Supporto al CC-ICA che, nel 2021 è stato confermato. È stato poi confermato il programma di buon uso degli antibiotici descritto nella IOS.61 "Informazioni sul buon uso degli antibiotici" REV.00, pubblicata il 30/12/2020.

Obiettivo G: Raggiungere il livello base in ognuna delle cinque sezioni del Piano di Intervento Regionale, entro la fine del 2021

Nel 2021 Villa Serena ha adottato il Piano di Intervento Regionale per l'Igiene delle Mani (PIRIM). Di seguito vengono riportate le attività svolte dalla Struttura per adempiere alle indicazioni descritte dal documento e il livello di implementazione raggiunto dalla Struttura:

Sezione A: Requisiti strutturali e tecnologici

(raggiunto livello intermedio, punteggio: 75)

- a) È stata elaborata, redatta e pubblicata l'Istruzione Operativa Sanitaria 40 (IOS.40) "Igiene delle mani";
- b) Il numero di dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani è stato incrementato in ogni area della Struttura. Al 31/12/2021 sono presenti 32 punti di igienizzazione a disposizione del personale, degli ospiti e dei visitatori, così distribuiti:

Reparti RSA	n.14
Reparti CdR	n.12
Zona Uffici	n.04
Cucina	n.01
Chiesa	n.01

Sezione B: Formazione del personale

(raggiunto livello intermedio, punteggio: 70)

- a) È stata realizzata e messa a disposizione in punti strategici della Struttura una brochure sulla corretta igienizzazione delle mani.
- b) Gli operatori sanitari e parasanitari hanno partecipato nel 2021 ad un corso di formazione sulla prevenzione e gestione delle ICA in cui è stato trattato specificatamente anche l'argomento "igiene delle mani".

Sezione C: Monitoraggio e feedback

(raggiunto livello avanzato, punteggio: 80)

- a) È stata effettuata, ad opera delle caposala dei reparti RSA e CdR, l'osservazione periodica del personale assistenziale, durante lo svolgimento delle attività lavorative che prevedono l'igiene delle mani. Complessivamente, nell'anno 2021, sono state osservate 202 "opportunità" (ovvero "attività" assistenziali per le quali è necessaria un'azione di igienizzazione delle mani) in RSA e 92 in Casa di Riposo. Sia in RSA che in CdR l'adesione del personale assistenziale alle disposizioni in termini di igiene delle mani, è stata più che soddisfacente. La Direzione aziendale e il Medico Responsabile sono stati opportunamente informati sui risultati, come previsto, con cadenza semestrale.

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		22 di 34
	VILLA SERENA SRL		REV.00 22/02/2022

- b) Nel corso dell'anno sono stati consumati 174 litri di detergente per le mani con risciacquo. Le quantità sono state calcolate considerando tutte le Unità Operative della Struttura.

Sezione D: Comunicazione permanente

(raggiunto livello intermedio, punteggio: 75)

- a) Già prima della pandemia da *coronavirus* Villa Serena aveva adottato vari metodi di sensibilizzazione degli ospiti, dei visitatori e dei lavoratori verso la prevenzione del rischio infettivo, tra cui l'affissione di cartelli e poster informativi. Nel corso del 2021 il numero di cartelli è stato incrementato ed è stata verificata regolarmente l'integrità e l'aggiornamento degli stessi.

Sezione E: Clima organizzativo e *commitment*

(raggiunto livello base, punteggio: 50)

- a) In data 02/07/2021 in sede di riunione del Comitato multidisciplinare di supporto al CC-ICA, è stato istituito un team di lavoro per la promozione e implementazione per l'igiene delle mani costituito dalla caposala della RSA, dalla caposala della CdR e dal Responsabile del Sistema di Gestione Qualità.

8. Figure coinvolte e responsabilità del PARS

Per la realizzazione del presente PARS e lo svolgimento delle attività volte al raggiungimento degli obiettivi per il 2022, vengono riconosciute le seguenti tipologie di figure professionali coinvolte.

1. Risk manager
2. Dirigente infermieristico RSA e Responsabile Casa di Riposo
3. Amministratore Delegato della Struttura
4. Referente del Sistema Qualità
5. Personale sanitario

La Direzione Aziendale deve costantemente garantire il proprio impegno a fornire al Risk Manager ed a tutta l'organizzazione, le risorse e le necessarie direttive (come, ad esempio, la definizione di specifici obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Resp. Casa di Riposo	Amministratore Delegato	Personale sanitario	Referente Qualità
Redazione PARS	R	C	C	I	C
Adozione PARS	I	I	R	I	I
Messa a disposizione delle risorse	C	C	R	I	I
Monitoraggio obiettivi PARS	R	R	C	C	R

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		23 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

Legenda:

- R = Responsabile
- C = Coinvolto
- I = Informato

9. Obiettivi, attività e matrici delle responsabilità per il 2022

Gli obiettivi strategici del PARS, indicati nella Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022, sono i seguenti:

- A) Diffusione della cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani (PIRIM) 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

9.1 Attività per il 2022

In relazione agli obiettivi stabiliti, si definiscono le seguenti attività (per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere):

Obiettivo A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo:*

1. Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
2. Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.

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:*

1. Monitoraggio semestrale sul controllo della completezza della cartella clinica/PAP;
2. Esecuzione di audit di sistema: metodo di valutazione dei processi organizzativi di supporto all'attività sanitaria finalizzato all'individuazione delle criticità emerse con le relative azioni di miglioramento ed alla loro conseguente introduzione nella pratica professionale;

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		24 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

3. Raccolta sistematica dei dati sugli eventi avversi/eventi sentinella e *near miss* (anche riguardanti il rischio infettivo).

Obiettivo C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani (PIRIM) 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:

(Il Piano di Azione Locale del PIRIM viene declinato secondo le seguenti attività):

1. Implementare e monitorare il numero di dispenser di soluzione idroalcolica disponibili nei vari reparti della Struttura e punti di assistenza (Sez. A);
2. Confermare e diffondere nei punti strategici della Struttura una brochure sull'igiene delle mani: "Quando, Come e Perché" (Sez. B);
3. Monitorare con cadenza trimestrale il consumo di sapone per le mani (Sez. C);
4. Effettuare l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani del personale assistenziale, utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel PIRIM, almeno una volta ogni 3 mesi e raggiungere una percentuale di adesione maggiore o uguale all'81% (Sez. C);
5. Restituire alla Direzione della Struttura e alla Direzione Sanitaria un feedback sistematico (una volta ogni 6 mesi) dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo relativamente all'adesione all'igiene delle mani del personale assistenziale (Sez. C);
6. Ispezionare regolarmente almeno una volta ogni 3 mesi i poster informativi affissi nella Struttura e sostituire il materiale deteriorato (Sez. D);
7. Istituire/confermare un team di lavoro per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani (Sez. E).

Obiettivo D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE):

1. Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (Infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da *Clostridium difficile*, infezioni delle vie respiratorie, ecc.);
2. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1;
3. Elaborare/confermare una procedura in cui definire un modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) nelle infezioni/colonizzazioni da CRE;
4. Sviluppare e diffondere uno o più programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*);
5. Implementare/confermare ed utilizzare regolarmente un sistema di monitoraggio mensile sul consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 giorni di degenza;
6. Realizzare/confermare un sistema di monitoraggio trimestrale del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria);

9.2 Matrici delle responsabilità

Di seguito vengono riportate le matrici di responsabilità per ognuna delle attività previste.



OBIETTIVO A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo

ATTIVITÀ 1: Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA

INDICATORI: Esecuzione di almeno un'edizione del corso entro il 31/12/2022

STANDARD: Una edizione del corso deve essere eseguita entro il 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione dei corsi	C	R	I	C	C
Organizzazione dei corsi	C	R	I	C	I
Frequenzamento del personale coinvolto ai corsi	I	R	I	C	R
Monitoraggio e registrazione delle competenze	I	R	I	R	I

ATTIVITÀ 2: Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.

INDICATORI: Esecuzione di almeno un'edizione del corso entro il 31/12/2022

STANDARD: Una edizione del corso deve essere eseguita entro il 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk Manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione dei corsi	C	R	I	C	C
Organizzazione dei corsi	C	R	I	C	I
Frequenzamento del personale	I	R	I	C	R

coinvolto ai corsi					
Monitoraggio e registrazione dell'efficacia	I	R	I	R	I

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: MONITORAGGIO SEMESTRALE SUL CONTROLLO DELLA COMPLETEZZA DELLA CARTELLA CLINICA/PAP: il monitoraggio riguarda nello specifico il controllo della completezza delle cartelle cliniche degli ospiti e dei Piani di Assistenza Personalizzati.

INDICATORI: N. Cartelle Cliniche complete/N. Cartelle Cliniche esaminate >90%
N. PAP completi /N. PAP esaminati >90%

STANDARD: Raccolta dati sulla completezza delle cartelle cliniche e dei PAP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Controllo completezza delle cartelle	R	C	I	I	C
Trasferimento dati al RGQ	I	R	I	C	I
Esecuzione del monitoraggio	I	C	I	R	I

ATTIVITÀ 2: AUDIT DI SISTEMA: metodo di valutazione dei processi organizzativi di supporto all'attività sanitaria finalizzato all'individuazione delle criticità emerse con le relative azioni di miglioramento ed alla loro conseguente introduzione nella pratica professionale.

INDICATORI: N. Audit effettuati/N. Audit programmati (Valore atteso: ≥ 95%)

STANDARD: Esecuzione di almeno un audit sui processi socio sanitari entro il 30/09/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente infermieristico RSA/Resp. Casa di Riposo	Amministratore e Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione dell'attività	C	I	I	R	I
Esecuzione dell'attività	C	C	I	R	C
Definizione delle Azioni di Miglioramento	C	C	R	I	I
Applicazione delle azioni di miglioramento	R	R	C	I	R

Monitoraggio azioni di miglioramento	R	C	C	R	C
--------------------------------------	---	---	---	---	---

ATTIVITÀ 3: RACCOLTA DATI: Raccolta sistematica dei dati sugli eventi avversi/eventi sentinella e <i>near miss</i> (anche riguardanti il rischio infettivo)					
INDICATORI: Aggiornamento mensile ed uso sistematico del modulo MS.35 (Valore atteso: un aggiornamento al mese)					
STANDARD: Raccolta dati mensile					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
AZIONE	Risk manager	Dirigente infermieristico RSA/Resp. Casa di Riposo	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Raccolta dati	R	R	I	C	C
Trasferimento dati al RGQ	I	R	I	R	C
Compilazione modulo MS.35	I	C	I	R	I

OBIETTIVO C): 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

Per il raggiungimento dell'obiettivo C, sopra descritto, è previsto il coinvolgimento della Responsabile degli Acquisti e del Responsabile Manutenzione.

ATTIVITÀ 1: Implementare o mantenere il numero di dispenser di soluzione idroalcolica disponibili nei vari reparti della Struttura e punti di assistenza (Sez. A)					
INDICATORI: Numero di dispenser di soluzione idroalcolica disponibili nei vari reparti della Struttura e punti di assistenza/totale previsti					
STANDARD: Il numero di dispenser presenti al 31/12/2021 (n.32) deve essere mantenuto o implementato					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Censimento dei dispenser installati	I	C	I	I	I
Acquisto e installazione di nuovi dispenser	I	C	I	I	I

Il Responsabile Manutenzione ha la responsabilità di coordinare l'Attività 1.

ATTIVITÀ 2: Realizzare e diffondere all'ingresso e ai reparti una brochure sull'igiene delle mani: "Quando, Come e Perché" (Sez. B)					
INDICATORI: Confermare o aggiornare e diffondere una brochure sull'igiene delle mani da diffondere all'ingresso della struttura e ai reparti RSA e CdR					
STANDARD: Entro il 31/12/2022 all'ingresso e nei reparti RSA e Casa di Riposo devono essere presenti le brochure in oggetto, facilmente raggiungibili ed utilizzabili.					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Realizzazione brochure	I	C	I	R	I
Diffusione brochure nei reparti	I	C	I	C	I

Il Responsabile Manutenzione ha la responsabilità di distribuire le brochure all'ingresso e ai reparti.

ATTIVITÀ 3: Monitoraggio trimestrale del consumo di sapone per le mani (Sez. C)					
INDICATORI: Monitorare il consumo di sapone per le mani, con regolarità ogni 3 mesi					
STANDARD: Raccolta dati ogni tre mesi e aggiornamento del file Excel "Monitoraggio dei processi"					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Raccolta dati	I	C	I	R	I
Inserimento dati nel file di Monitoraggio dei Processi	I	C	I	R	I

ATTIVITÀ 4: Effettuare l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani, utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel PIRIM, almeno una volta ogni 3 mesi e raggiungere una percentuale di adesione maggiore o uguale all'81% (Sez. C)

INDICATORI: Effettuazione di almeno un'osservazione diretta a trimestre sull'adesione all'igiene delle mani del personale di assistenza e trasferimento dei dati al RGQ; ogni trimestre devono essere osservate almeno 25 opportunità per ognuno dei reparti (CdR e RSA)

STANDARD: Osservazione di almeno 100 opportunità entro il 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Effettuare l'osservazione	I	R	I	C	I
Inserimento dati nel file di Monitoraggio dei Processi	I	C	I	R	I

ATTIVITÀ 5: Restituire alla Direzione della Struttura e alla Direzione Sanitaria un feedback sistematico (una volta ogni 6 mesi) dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo (Sez. C)

INDICATORI: Invio dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo sul rispetto dell'igiene delle mani da parte del personale alla Direzione della Struttura e alla Direzione Sanitaria con frequenza semestrale.

STANDARD: Invio di una comunicazione a semestre (entro il 31/07/2022 e entro il 31/01/2023)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Trasferimento dati al RGQ	C	R	I	C	I
Invio dei dati	I	C	I	R	I

ATTIVITÀ 6: Ispezionare regolarmente una volta ogni 3 mesi i poster informativi affissi nella Struttura e sostituire il materiale deteriorato (Sez. D)

INDICATORI: Ispezione della Struttura per controllare la corretta diffusione dei poster informativi e sostituzione di quelli deteriorati.

STANDARD: Effettuare una ispezione ogni 3 mesi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Effettuare l'ispezione	I	I	I	I	I
Trasferire i dati al RGQ	I	I	I	I	I
Aggiornamento file Monitoraggio dei Processi	I	I	I	R	I

Il Responsabile Manutenzione ha la responsabilità di effettuare l'ispezione e di trasferire in modo tracciabile i dati al RGQ.

ATTIVITÀ 7: Istituire/confermare un team di lavoro per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani (Sez. E)

INDICATORI: Istituzione/conferma di un team di lavoro per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani entro il 31/07/2022

STANDARD: Istituzione di un team di lavoro per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dir Dirigente Infermieristico RSA/Responsabil e CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Istituzione del team	C	C	R	C	I

OBIETTIVO D): Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 1: Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (Infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da *Clostridium difficile*, infezioni delle vie respiratorie, ecc.)



INDICATORI: Esecuzione e diffusione al Comitato di almeno un'indagine entro il 31/12/2022

STANDARD: Almeno un'indagine deve essere eseguita e diffusa al Comitato entro il 31/12/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione dell'indagine	R	C	I	C	I
Realizzazione dell'indagine	R	C	I	C	I
Diffusione dell'esito al Comitato	R	C	I	C	I

ATTIVITÀ 2: Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento infezioni del tratto urinario, infezioni da *Clostridium difficile*, infezioni delle vie respiratorie, ecc.

INDICATORI: Verificare l'esistenza e l'aggiornamento di quanto previsto dall'attività in oggetto; eventualmente emettere o aggiornare la documentazione specifica entro il 31/12/2022

STANDARD: Procedure e Istruzioni Operative specifiche e aggiornate devono essere presenti nell'apparato documentale dell'Azienda e correttamente adottate.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione/aggiornamento della documentazione	C	R	I	R	C
Realizzazione della documentazione	I	R	I	R	-
Diffusione della documentazione	I	R	I	R	I



ATTIVITÀ 3: Elaborare o aggiornare una procedura in cui definire un modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) nelle infezioni/colonizzazioni da CRE

INDICATORI: Elaborazione di almeno una procedura (o Istruzione Operativa Sanitaria) o aggiornamento di una esistente in merito alla sorveglianza attiva delle infezioni/colonizzazioni da CRE entro il 30/06/2022.

STANDARD: Almeno una procedura (o IOS) che definisca le attività di cui all'obiettivo in oggetto, deve essere elaborata o aggiornata entro il 30/06/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione della procedura (o IOS)	R	C	I	C	C
Redazione della procedura (o IOS)	C	R	I	R	I
Pubblicazione della procedura (o IOS)	I	R	I	R	I

ATTIVITÀ 4: Sviluppare e diffondere uno o più programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*)

INDICATORI: Sviluppare (o consolidare/aggiornare) e diffondere uno o più programmi di buon uso degli antibiotici, anche sotto forma di Istruzione Operativa Sanitaria.

STANDARD: Sviluppare (o consolidare/aggiornare) e diffondere uno o più programmi di buon uso degli antibiotici, anche sotto forma di Istruzione Operativa Sanitaria entro il 30/09/2022

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Sviluppo/consolidamento/aggiornamento di almeno un programma	R	C	I	I	I
Diffusione del programma	C	R	I	C	I



ATTIVITÀ 5: Implementare/confermare ed utilizzare regolarmente un sistema di monitoraggio mensile sul consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 giorni di degenza.

INDICATORI: Implementare/confermare un sistema di monitoraggio mensile sul consumo di antibiotici. Il sistema deve essere utilizzato con regolarità tutti i mesi.

STANDARD: Il monitoraggio mensile sull'uso degli antibiotici, in RSA e in CdR, deve essere effettuato con regolarità.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione del sistema	R	C	I	C	C
Realizzazione del monitoraggio	C	R	I	C	I
Elaborazione dei dati	I	R	I	C	I

ATTIVITÀ 6: Realizzare/confermare un sistema di monitoraggio trimestrale del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

INDICATORI: Realizzare/confermare un sistema di monitoraggio sul consumo di prodotti per l'igiene delle mani ed utilizzarlo con regolarità ogni tre mesi.

STANDARD: Il monitoraggio mensile sul consumo di prodotti per l'igiene delle mani in tutta la Struttura deve essere effettuato con regolarità.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	Risk manager	Dirigente Infermieristico RSA/Responsabile CdR	Amministratore Delegato	Referente Qualità	Personale sanitario
Progettazione del sistema	I	R	I	C	I
Realizzazione del monitoraggio	I	R	I	C	I
Elaborazione dei dati	I	R	I	C	I

	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO		34 di 34
	VILLA SERENA SRL	REV.00	22/02/2022

10. Scadenze temporali e modalità di trasmissione del PARS

Il termine per la trasmissione del documento via mail in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico (crrc@regione.lazio.it) è fissato al **28 febbraio** dell'anno solare a cui il documento si riferisce.

Il PARS viene pubblicato nella home page del sito aziendale di Villa Serena (www.villaserenarsa.eu). Inoltre, per facilitare il corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso l'invio del PARS a tutti i soggetti interessati.

11. Riferimenti normativi

- Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017";
- DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. recante i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie";
- Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)"
- Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
- Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella. Documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Determina n. G14486 del 24/11/2015 recante "Costituzione di Gruppi di lavoro telematici in materia di Rischio Clinico" – Regione Lazio.
- Legge n.24 del 08 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (PIRIM), emesso il 19/02/2021 dal Centro Regionale Rischio Clinico.
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella'".