

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) Anno 2022

ASL DI LATINA

INDICE

1. Contesto organizzativo	pag. 3
1.1 Introduzione al PARS 2022	pag. 7
1.2 Gestione del rischio infettivo	pag. 8
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag. 10
3. Descrizione della posizione assicurativa	pag. 12
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	pag. 13
4.1 Resoconto del PARM 2021	pag. 13
4.2 Resoconto del PAICA 2021	pag. 17
5. Matrice delle responsabilità	pag. 21
6. Obiettivi e attività	pag. 22
6.1 Obiettivi 2022 per la Gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 22
6.2 Attività 2022 per la Gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 22
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	pag. 27
7.1 Obiettivi 2022 per la gestione del rischio infettivo (ex PAICA)	pag. 27
7.2 Attività 2022 per la gestione del rischio infettivo (ex PAICA)	pag. 27
8. Modalità di diffusione del documento	pag. 33
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	pag. 34

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda sanitaria locale di Latina è un ente, senza fini di lucro, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale.

Il territorio di competenza è quello corrispondente alla Provincia di Latina con caratteristiche orografiche che lo vedono diviso tra aree montuose, collinari e piane con anche la presenza delle isole pontine; l'età media della popolazione interessante il territorio è di 44,7 anni mentre l'indice di vecchiaia è di 160,5 cioè il più basso del Lazio; va ancora ricordato il continuo e progressivo invecchiamento della popolazione con una diminuzione del tasso di mortalità ed un aumento della sopravvivenza e della speranza di vita; nello specifico le classi più giovani prevalgono nelle aree pianeggianti.

La sede legale dell'Azienda è in viale Pier Luigi Nervi – Complesso Latina Fiori Torre 2G - Latina. Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.asl.latina.it>.

Fanno parte della rete ospedaliera della ASL, 4 ospedali a gestione diretta:

- Ospedale “S. Maria Goretti” di Latina
- Ospedale “A. Fiorini” di Terracina
- Ospedale “S. Giovanni di Dio” di Fondi
- Ospedale “Dono Svizzero” di Formia

La ASL Latina consta di 50 edifici, ed ha 3.731 dipendenti.

Nelle tabelle seguenti sono sintetizzati i principali dati di produzione.

E' doveroso evidenziare che, in considerazione dell'emergenza Covid-19, è stato adottato un sistema organizzativo flessibile caratterizzato dalla possibilità di rapide modifiche nella consistenza dei reparti e posti letto in base alla tipologia di fase epidemica.

Nota: i dati sono quelli disponibili al 31 Dicembre 2020.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività aggregati a livello aziendale

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE LATINA			
DATI STRUTTURALI^(A)			
Estensione territoriale	2.256 km ²	Popolazione residente	576.655
Distretti Sanitari	5	Ospedali Pubblici	4
Posti letto ordinari	692	Medicina generale [^]	4 U.O., 183 p.l.
		Chirurgia generale [^]	3 U.O., 65 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	3 U.O., 56 p.l.
Posti letto diurni	100	Servizi Trasfusionali	2 U.O.
Blocchi Operatori	7	Sale Operatorie	17
		Sale prestazioni invasive*	13
Terapie Intensive [^]	2 U.O. 20 p.l.	UTIC	2 U.O., 12 p.l.
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari	24.070	Ricoveri diurni	3.971
Accessi PS	106.025	Neonati o parti	2.290
Branche specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici (escluse le analisi di laboratorio)	744403

(A): Dati forniti dalla UOC Programmazione, controllo e governo clinico e aggiornati al 31/12/2020

*Sala emodinamica; sala endoscopica; sala impianti AV Nefrologia

[^] Sono ricompresi i posti letto dislocati presso la struttura sanitaria "ICOT"

Tabella 2 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. Nord – OSPEDALE S.M. GORETTI di Latina

P.O. NORD - OSPEDALE SANTA MARIA GORETTI DI LATINA*			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^{(A)*}			
Posti letto ordinari	n. 411	Medicina generale	86 p.l.
		Chirurgia generale	27 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	24 p.l.
Posti letto diurni	49	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	4	Numero Sale Operatorie	8
		Sale prestazioni invasive	7
Numero ricoveri ordinari	13.232	Numero ricoveri diurni	2.312
Numero accessi PS	38.849	Numero neonati o parti	1.277

(A): Dati forniti dalla UOC Programmazione, controllo e governo clinico e aggiornati al 31/12/2020

*Sono ricompresi i posti letto dislocati presso la struttura sanitaria "ICOT"

Tabella 3.1 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. CENTRO – OSPEDALE FIORINI di Terracina

P.O. CENTRO - OSPEDALE ALFREDO FIORINI DI TERRACINA			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^{(A)*}			
Posti letto ordinari	n. 76	Medicina generale	28 p.l.
		Chirurgia generale	22 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	/
Posti letto diurni	15*	Servizi Trasfusionali	/
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
		Sale prestazioni invasive	1
Numero ricoveri ordinari	2.554	Numero ricoveri diurni	511
Numero accessi PS	23.318	Numero neonati o parti	/

(A): Dati forniti dalla UOC Programmazione, controllo e governo clinico e aggiornati al 31/12/2020

*Sono ricompresi anche i posti letto diurni di Priverno

Tabella 3.2 – Presentazione dei dati di attività reattivi al P.O. CENTRO – OSPEDALE S. Giovanni di DIO di Fondi

P.O. CENTRO – OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO DI FONDI			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. (A)*			
Posti letto ordinari	n. 58	Medicina generale	24 p.l.
		Chirurgia generale	/
		Ostetricia e Ginecologia	20 p.l.
Posti letto diurni	20	Servizi Trasfusionali	/
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
		Sale prestazioni invasive	1
Numero ricoveri ordinari	2.494	Numero ricoveri diurni	361
Numero accessi PS	15.484	Numero neonati o parti	601

(A): Dati forniti dalla UOC Programmazione, controllo e governo clinico e aggiornati al 31/12/2020

Tabella 4 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. SUD – OSPEDALE DONO SVIZZERO di Formia

P.O. SUD - OSPEDALE DONO SVIZZERO DI FORMIA			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. (A)*			
Posti letto ordinari	n. 147	Medicina generale	45 p.l.
		Chirurgia generale	16 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	12 p.l.
Posti letto diurni	16	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
		Sale prestazioni invasive	4
Numero ricoveri ordinari	5.790	Numero ricoveri diurni	787
Numero accessi PS	28.374	Numero neonati o parti	412

(A): Dati forniti dalla UOC Programmazione, controllo e governo clinico e aggiornati al 31/12/2020

1.1 Introduzione al PARS 2022

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

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

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

L’Azienda ASL Latina, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente.

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

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

In quest’ottica, il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume, quindi sempre più, una caratterizzazione di indipendenza professionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica aziendale. Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

In relazione alla necessità di diffondere la cultura della sicurezza delle cure è stato realizzato un processo di sensibilizzazione dei medici e del comparto con l’obiettivo di realizzare un continuo controllo di qualità sulla risposta alla domanda di cura; nello specifico sono stati chiariti gli aspetti culturali che riguardano nello specifico gli audit intesi appunto come strumento sereno ed

irrinunciabile in un processo di miglioramento organizzativo. Anche in questo senso il corso di formazione in risk management annualmente programmato contiene anche questi aspetti a disposizione del comparto e della dirigenza.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie, apportando un prezioso contributo.

1.2 Gestione del rischio infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale di Latina, con Deliberazione del Direttore Generale n. 360 del 23 Giugno 2011, ha istituito il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con deliberazione n. 541 del 29 settembre 2011 è stata deliberata l'integrazione dei componenti del CIO; con deliberazione n. 396 del 15/09/2016 è stato modificato il nome in Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) con adozione del Regolamento e rideterminazione della composizione; con deliberazioni n. 344 del C.S. del 24/04/2018 e n. 1392 del D.G. del 10/12/2020 è stata rideterminata la composizione del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;
- segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;
- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA
- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

Gli effetti attesi dall'istituzione di un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono:

- il miglioramento delle qualità dell'appropriatezza delle prestazioni erogate
- la riduzione del consumo di antibiotici
- la riduzione della durata di degenza
- la riduzione delle richieste di risarcimento.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale di Latina insistono 4 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina; Ospedale "A. Fiorini" di Terracina; Ospedale "S. Giovanni di Dio" di Fondi; Ospedale "Dono Svizzero" di Formia. Sono presenti due Unità operative complesse con funzioni igieniche e, presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina è collocata la UOC di Malattie Infettive con stanze di isolamento.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative e negli spazi comuni, e precisamente: all'entrata delle stanze, lungo i corridoi, sui carrelli e in tasca agli operatori; durante la Giornata Mondiale sul "Lavaggio delle Mani" viene effettuato il SWR per verificare la presenza dei dispenser di gel idroalcolico mentre la Farmacia Ospedaliera calcola periodicamente la quantità di gel idroalcolico consumata dagli operatori sanitari e da tutti coloro che accedono alle unità di degenza. Vengono effettuate inoltre tutte le attività previste dal Piano Regionale per l'Igiene delle mani.

Sono stati istituiti presso le Direzioni di Presidio dell'Azienda i gruppi locali per la Sorveglianza e il controllo delle ICA. E' attivo il monitoraggio epidemiologico dei germi alert per tutti gli Ospedali della ASL e la sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale. Viene altresì monitorato il consumo di antibiotici e vengono elaborati dei report periodici sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Riguardo alla formazione, sono stati organizzati corsi sulle I.C.A. sia a livello aziendale riguardanti l'appropriatezza della terapia antibiotica, i modelli di Sepsis Team, le nuove frontiere della terapia antibiotica, sia a livello di Presidio con formazione sul campo per la gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*). E' presente l'attività di Antimicrobial stewardship.

Nel corso degli anni 2020-2021, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio di contagio.

Il presente documento per la gestione del rischio infettivo (ex PAICA) viene elaborato secondo le indicazioni regionali emerse nella riunione del Tavolo del Rischio clinico regionale del 17/12/2021 e contiene le misure approvate dal CCICA della ASL di Latina nella riunione del 04/02/2022.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Legge n.24/2017, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, in particolare nell'Art 2 comma 5, prevede che la sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

L'obiettivo è nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio che permetta da una parte ai professionisti di svolgere la propria attività con maggiore sensibilità e dall'altra di garantire ai pazienti maggiore trasparenza.

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L.24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle apposite è necessario chiarire alcune definizioni. Si parla di "Quasi Evento" o "Near Miss" quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente; si parla invece di "Evento Avverso" quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore. L'Evento Sentinella, invece, è quell'evento di tale gravità, indicatore 1, che determina inabilità momentanea o permanente e che può portare al decesso del paziente. In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario effettuare una RCA o un Audit Clinico per verificare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento. Come risulta evidente nelle tabelle, una buona parte gran parte delle segnalazioni riguarda gli eventi avversi.

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti (A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	12 (25%)	0	Strutturali (20%) Tecnologici (10%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione 40(%)	Strutturali (20%) Tecnologiche (10%) Organizzative (30%) Procedure/ Comunicazione(40%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	35 (72.9%)	80%			
Eventi Sentinella	1 (2.1%)	0			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”. Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la tabella seguente.

Tabella 6 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	84	45	2.794.017
2018	93	33	2.321.203
2019	92	41	10.328.549*
2020	99	19	5.547.143,44
2021	83	Non disponibile	Non disponibile
Totale	451	138	20.990.912

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

*rimanente anni precedenti

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La posizione assicurativa si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 7).

Tabella 7 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2017	11TOMM1600036 (scad. 31/12/2017)	AM TRUST	4.401.000	250.000	AON
2018	Scad. 31/12/2018	AM TRUST	4.401.000	250.000	AON
2019	Dal 01/01/2019 al 31/03/2019	AM TRUST	4.401.000	250.000	
2019	Dal 01/04/2019 al 30/06/2019	Autoassicurazione			
2019	Dal 30/06/2019 al 30/06/2021	Berkshire Hathaway	8.486.595	330.000	
2020	Dal 30/06/2019 al 30/06/2021	Berkshire Hathaway	8.486.595	330.000	
2021	Dal 30/06/2021 al 30/06/2022	Berkshire Hathaway	4.243297,50	330.000	

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 Resoconto del PARM 2021

Tutte le attività previste dal PARM 2021 della ASL di Latina sono state realizzate (vedi tabella sottostante).

Tabella 8.1 –Resoconto delle attività del Piano precedente (PARM 2021)

Obiettivo 1 – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Corso di Formazione in Risk management	Sì	E' stato realizzato un corso di formazione su ambiti del rischio clinico accreditato ECM con la partecipazione di 90 discenti.
Attività 2 Realizzazione Rete dei facilitatori	Sì	Fra le altre argomentazioni il compito del corso è stato quello di formare la figura del facilitatore; in questo senso le attività dei facilitatori hanno l'obiettivo di costruire un processo di sensibilizzazione che generi diversa e più fattiva raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, near miss, eventi sentinella, mediante un network di referenti esperti in diretto collegamento con la Direzione del Rischio clinico

Obiettivo 2 – Miglioramento della appropriatezza assistenziale e organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3 Monitoraggio semestrale check-list chirurgica (almeno 30)	Sì	Effettuato con ricezione di 30 comunicazioni in merito ricevute dalle Direzioni mediche di presidio
Attività 4 Monitoraggio semestrale check-list caduta (almeno 30)	Sì	Effettuato con ricezione di 35 comunicazioni in merito

Attività 5 Monitoraggio semestrale SUT (almeno 30)	Sì	Effettuato regolarmente
Attività 6 Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Sì	Redatta e pubblicata sul sito ASL
Attività 7 SWR per Lavaggio delle mani presso le UUOCC dell'Azienda	Sì	Presentazione del piano e SWR in diverse strutture della ASL
Attività 8 SWR su Consenso informato	Sì	Regolarmente espletate in diverse strutture aziendali.
Attività 9 Mappatura dei sinistri	Sì	Effettuata
Attività 10 Processo di Audit (almeno 15 audit nell'anno)	Sì	Sono stati organizzati e tenuti 18 Audit relativi a diverse tematiche con considerazioni e proposte riorganizzative inviate ai vertici aziendali

Obiettivo 3 – Informazione al paziente sulla sicurezza		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 11 Produzione ed integrazione documento aziendale sul consenso informato	Sì	Regolarmente prodotto e diffuso in tutta la Azienda

Obiettivo 4 – Partecipazione alle attività regionali di Risk management		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 12 Partecipazione alle attività regionali di Risk management	Sì	Regolare partecipazione al tavolo permanente dei Risk manager della Regione Lazio
Attività 13 Riorganizzazione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Sì	Tra le misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del servizio sanitario, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso, si è ravvisata la necessità di regolamentare, mediante strumento deliberativo, la partecipazione di specialisti di branca dell'ASL in sede di trattazione di casi selezionati. In fase di analisi e gestione del contenzioso stragiudiziale in materia di responsabilità professionale sanitaria, mediante la predisposizione di istruttoria medico legale, viene identificata l'opportunità di avvalersi di pareri qualificati per casi identificati con elevato margine di soccombenza. Compito principale del CVS è fornire, mediante i propri pareri, garanzie di imparzialità, professionalità, celerità delle procedure ed adeguata rappresentatività delle categorie interessate, e quindi gli specialisti permettono un adeguato inquadramento clinico che è condizione anteriore per l'accoglimento o respingimento delle richieste risarcitorie. La corretta identificazione delle criticità assistenziali permette di accedere alle procedure di conciliazione per contenere il carico giudiziario in ottica sia di spese legali sia di risorse umane impiegate dall'Azienda nel contesto di contenzioso giudiziale. Ulteriore aspetto, non trascurabile, che la richiesta di partecipazione di professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in ottica preventiva) concorre nel creare una sinergia collaborativa tra i professionisti sanitari e le strutture preposte alla valutazione del contenzioso. La sensibilizzazione degli operatori sanitari ad aspetti in materia di gestione del rischio contribuisce al miglioramento della raccolta di

		informazioni indispensabili alla sua corretta gestione anche in ambito di risarcimenti erogati.
--	--	---

Ulteriori Attività Organizzazione del lavoro	Sì	E' stato costituito un gruppo di infermieri che, dopo adeguata formazione, ha, sulla base delle indicazioni AGENAS e del CRRC della Regione Lazio, costruito gruppi di lavoro che hanno realizzato n.23 procedure regolarmente pubblicate sul sito ASL con nuova e maggiormente visibile impaginazione sul sito (Dati aperti\Rischio clinico). Sono state effettuati SWR in varie strutture aziendali per il controllo dell'appropriatezza della documentazione clinica e nello specifico della cartelle clinica
---	----	--

4.2 Resoconto del PAICA 2021

Tutte le attività previste dal PAICA 2021 della ASL di Latina sono state realizzate (vedi tabella 8.2)

Tabella 8.2 –Resoconto delle attività del Piano precedente (PAICA 2021)

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione del Corso su “Appropriatezza prescrittiva antibiotica e infection control”	SI'	Effettuato Corso su appropriatezza prescrittiva (dalla diagnosi alla somministrazione di nuovi antibiotici) in presenza e in modalità webinar. Svolta sessione su “I nuovi antibiotici e la lotta alla multifarmacoresistenza” nell’ambito di azione formativa dell’antibiotic stewardship. I destinatari del corso sono stati medici ed infermieri del reparto di Malattie infettive, specializzandi e studenti. Inoltre sono stati coinvolti Dirigenti e Tecnici di Laboratorio. Il corso ha rappresentato anche un’occasione per l’analisi dei processi operativi della somministrazione degli antibiotici e degli iter diagnostici microbiologici.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 – Implementazione delle misure di sorveglianza, prevenzione e controllo relative all’infezione da SARS-CoV-2	SI'	Implementate e diffuse agli interessati procedure /protocolli / istruzioni operative relative alla gestione dell’emergenza epidemiologica da SARS/CoV-2

Obiettivo 2: Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 – Elaborazione e diffusione di Report trimestrali riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia, sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell’antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio.	SI'	Sono stati elaborati 16 Report estesi di Sorveglianza epidemiologica delle Infezioni e monitoraggio della Antimicrobico-resistenza sulla base dei Dati di Laboratorio per tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi)

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 - Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza	SI'	La UOC Farmacia ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici relativi al 2021, espressi in DDD
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 5 – Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)	SI'	Sono stati elaborati report sul consumo ospedaliero di prodotti per l'igiene delle mani
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 - Valutazione dell'appropriatezza della terapia antibiotica nel pre operatorio nelle Unità Operative Chirurgiche dell'Azienda: monitoraggio a campione sulle cartelle cliniche	SI'	Effettuata Relazione su Appropriatezza della terapia antibiotica nel pre-operatorio dalla UOC Chirurgia dell'Ospedale S.M. Goretti di Latina e dalla UOC Chirurgia dell'Ospedale Fiorini di Terracina
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 7 – Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle Infezioni da Catetere Venoso Centrale nelle Unità Operative dell'Azienda	SI'	E' stata condotta una indagine pilota sulla prevalenza di infezioni da CVC nei reparti di area Medica dell'Ospedale S. M. Goretti di Latina, calcolata in rapporto ai giorni catetere.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 8 – Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE): - Elaborazione di un report semestrale relativo alle infezioni/colonizzazioni da CRE	SI'	- E' stato elaborato il "Report sulla diffusione di ceppi di <i>Klebsiella pneumoniae</i> ed <i>Escherichia coli</i> resistenti ai carbapenemi nell'anno 2020 negli Ospedali di Latina, Formia, Terracina, Fondi."
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 9 – Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE): - Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE	SI'	E' stato implementato il sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE con utilizzo del file pdf editabile ed è in fase di implementazione quello delle infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime/avibactam

resistenti alla combinazione ceftazidime/avibactam (Zavicefta)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 10 – Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE): - Implementazione/Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE con identificazione di un referente, all'interno del CCICA, del sistema interno di Sorveglianza delle infezioni da CRE	SI'	E' stato consolidato il modello di Sorveglianza attiva di infezioni/colonizzazioni da CRE con nomina di un referente aziendale del sistema interno di Sorveglianza delle infezioni da CRE. Prosegue l'attività di sorveglianza attiva da tampone rettale e batteriemie degli Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)
Obiettivo 3: Migliorare il fenomeno della antimicrobica resistenza con un approccio da più lati secondo le raccomandazioni dell'OMS		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 11 - Informazione ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta sull'Appropriatezza Prescrittiva Antibiotica, su antibiotici assunti indirettamente, stili di vita e vaccinazioni	SI'	E' stata effettuata riunione programmatica con i rappresentanti dei MMG e PLS per sensibilizzare sulle tematiche relative all'appropriatezza prescrittiva antibiotica, stili di vita e vaccinazioni. E' in corso un calendario di incontri specifici con i MMG e PLS che si protrarrà nel 2022.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 12 – Sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>) con individuazione di un referente e/o la costituzione di un team multidisciplinare a supporto del CCICA	SI'	E' stato individuato un referente per i programmi di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>). Sono stati effettuati incontri in diversi reparti.

Obiettivo 4: Piano di intervento regionale sull'Igiene delle mani		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ – Elaborazione del Piano di azione locale per gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia e azioni di miglioramento	SI'	Sono stati eseguiti a cura delle Direzioni Sanitarie di Presidio i 5 questionari di autovalutazione ed elaborati i Piani di azione locali e di miglioramento. Tutti gli Ospedali hanno riportato una valutazione non inferiore al livello base, previsto per il 2021. In particolare, per il presidio Nord Ospedale di Latina i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Intermedio SEZIONE B: Intermedio SEZIONE C: Intermedio SEZIONE D: Intermedio SEZIONE E: Intermedio Per il Presidio Centro-Sud, Ospedali di Terracina, Fondi, Formia i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Base SEZIONE C: Base SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Intermedio

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nella tabella seguente viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle Linee guida regionali.

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario Aziendale Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari legali/generali	Direttore generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 del punto 2; punti 3 e 7)	C	R	C	C	C	-
Redazione tabella 6 del punto 2 e del punto 3	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Nel presente documento ex PARM 2022, in continuità con quanto definito nel PARM 2021, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori. Tali obiettivi mirano a creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno. Pertanto viene percepita dall'Azienda la necessità di migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema e promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo ad interventi mirati al contenimento dei sinistri.

Dunque è necessario facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

In ragione di quanto espresso dalle linee guida regionali ed in assoluta coerenza con la Mission aziendale sono identificati per l'anno 2022 i seguenti obiettivi strategici.

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

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

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

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

Le attività previste per il 2022, sono elencate nella tabella 10.

Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2022 (ex PARM)

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del “Corso di Formazione in Risk Management”

INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2022

STANDARD SI

FONTE UOC Rischio clinico

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.

ATTIVITÀ 2 – Formazione Facilitatori e gruppo infermieri

INDICATORE Esecuzione di almeno due incontri formativi

STANDARD SI

FONTE UOC Rischio clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	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 3 – Monitoraggio semestrale check-list chirurgica

INDICATORE Almeno 30

STANDARD SI

FONTE UO Chirurgiche/Direzioni di Presidio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Chirurgiche/Direzioni di Presidio
Produzione check-list chirurgiche	I	R
Controllo check-list	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio semestrale check-list caduta

INDICATORE Almeno 30

STANDARD SI

FONTE UOC Interessate/Direzioni di Presidio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UOC interessate/Direzioni di Presidio
Produzione check-list caduta	R	C
Controllo check-list	C	R
Azioni di miglioramento	R	I

ATTIVITÀ 5 – Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell’Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.		
INDICATORE Esecuzione di almeno 5 SWR		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UOC interessate
Progettazione SWR	R	I
Effettuazione SWR	R	C
Azioni di Miglioramento	C	R

ATTIVITÀ 6 – Processo di Audit		
INDICATORE Esecuzione di almeno 15 audit		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UOC Interessate
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

ATTIVITÀ 7 – Implementazione dei documenti aziendali sul Consenso informato		
INDICATORE Processo di Revisione		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UOC Interessate
Progettazione Processo di Revisione	R	C
Revisione consenso	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 8 – Partecipazione alle attività regionali di Risk management		
INDICATORE Partecipazione al tavolo permanente dei Risk manager della Regione Lazio		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	
Partecipazione al tavolo permanente	R	
Azioni di miglioramento	R	

ATTIVITÀ 9 – Implementazione della organizzazione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)		
INDICATORE Rapporto tra numero casi definiti con procedure di conciliazione e numero di casi trattati e rapporto tra numero di casi definiti in fase stragiudiziale e numero casi di richieste di risarcimento		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UOC Gestione sinistri
Implementazione Organizzazione CVS	C	R
Azioni di miglioramento	R	R

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi 2022 per la Gestione del rischio infettivo (ex PAICA)

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale sono:

- 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

7.2 Attività 2022 per la GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (ex PAICA)

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, la ASL di Latina ha programmato per il 2022 le seguenti attività (tabella 11).

Tabella 11 – Attività programmate per l'anno 2022 (ex PAICA)

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

ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA		
INDICATORE Esecuzione attività formativa/informativa		
STANDARD SI		
FONTE UOC Malattie Infettive		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UOC Malattie Infettive	CCICA
Progettazione delle attività	R	C
Esecuzione delle attività	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

OBIETTIVO 2) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione 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

ATTIVITÀ 2 – Elaborazione del Piano locale sull'Igiene delle mani riguardante gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia

INDICATORE

Elaborazione del Piano 2022 e analisi dei risultati dell'autovalutazione per ogni Presidio Ospedaliero

STANDARD

SI

FONTE

Direzioni Sanitarie di Presidio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzioni di Presidio	CCICA
Compilazione e Analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di Miglioramento	R	I
Elaborazione del Piano di azione locale	R	I

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

ATTIVITÀ 3 - Definizione/Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

INDICATORE		
Consolidamento Procedura per migliorare Aderenza alla Circolare Ministeriale		
STANDARD		
SI		
FONTE		
Direzioni di Presidio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzioni di Presidio
Implementazione/Consolidamento Procedura	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

ATTIVITÀ 4 - Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) con monitoraggio delle colonizzazioni/infezioni da CRE

INDICATORE			
Prosecuzione sorveglianza attiva nei reparti			
STANDARD			
SI			
FONTE			
CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	Direttori UOC Ospedali/ Coordinatori	Patologia clinica / IAS Epidemiologia
Consolidamento modello	R	C	C
Monitoraggio epidemiologico germi	I	I	R
Sorveglianza attiva nei reparti	C	R	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 5 – Elaborazione e diffusione di Report trimestrali riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia, sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio.			
INDICATORE 16 report nell'anno 2022			
STANDARD 100%			
FONTE Servizi di Patologia clinica – IAS Epidemiologia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	Patologia clinica	I.A.S. Epidemiologia
Esami microbiologici	I	R	I
Elaborazione Report	I	I	R
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	I	C

ATTIVITÀ 6 - Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza		
INDICATORE Almeno 1 Report per Presidio Ospedaliero		
STANDARD 100%		
FONTE UOC Assistenza Farmaceutica		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	UOC Assistenza Farmaceutica
Produzione Report	I	R
Verifica Report	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 7– Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)		
INDICATORE Almeno 1 Report per Presidio Ospedaliero		
STANDARD SI		
FONTE Direzioni Presidio – UOC Assistenza Farmaceutica		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Medica Presidio/UOC Assistenza Farmaceutica
Produzione Relazione	I	R
Verifica Relazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 8 - Elaborazione Procedura di Sanificazione Ospedaliera			
INDICATORE Elaborazione Procedura			
STANDARD SI			
FONTE Arop Qualità – Direzioni Sanitarie di Presidio			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	ArOP Qualità	Direzioni Presidio	CCICA
Elaborazione Procedura	R	C	I
Verifica Procedura	I	C	R
Azioni di miglioramento	C	C	R

ATTIVITÀ 9 - Elaborazione Procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)			
INDICATORE Elaborazione Procedura			
STANDARD SI			
FONTE Arop ICA – Direzioni Sanitarie di Presidio			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	ArOP controllo ICA	Direzioni Presidio	CCICA
Elaborazione Procedura	R	C	I
Verifica Procedura	I	C	R
Azioni di miglioramento	C	C	R

ATTIVITÀ 10 - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)		
INDICATORE Interventi di Antimicrobial stewardship nei reparti ospedalieri		
STANDARD 100%		
FONTE UOC Malattie Infettive		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	UOC Malattie Infettive
Interventi Antimicrobial stewardship	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2022 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARS sulla Home page del Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del PARS in occasione dei SWR;
- 5) Presentazione del PARS durante le attività formative e condivisione con i facilitatori
- 6) Invio del PARS entro il 28/02/2022 in formato pdf nativo all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. Who: World Alliance for patient safety – The second Global Patient safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
9. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)
10. Ministero della Salute. Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare, disponibile all'URL:
<http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated Infections, disponibile all'URL: <https://www.cdc.gov/hai/index.html>
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections, disponibile all'URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;

9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella’”;
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
11. 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”;
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;
14. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
15. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
16. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;
17. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
18. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
19. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022 - 2020 data. Disponibile all’URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data>

Il presente documento è stato redatto da:

Dr. Mario Mellacina

Dr. Antonio Carraturo

Dr.ssa Azzurra Rizzo

Dr. Roberto Masiero