



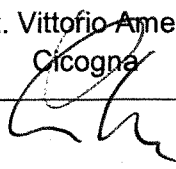
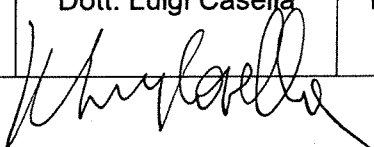

**BEL.GE.CA. S.r.l.**

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO "RSA MATER DEI" ANNO 2022

*Sede legale:* via Orazio, n.3 – Roma 00193

*Sede operativa:* via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
03	02	01/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio

Risk Manager	Medico Responsabile	Legale rappresentate
Dott. Vittorio Amedeo Cicogna 	Dott. Luigi Casella 	Dott. Giacomo Ferri FERRI GIACOMO 2022.02.01 10:57:43  CN=FERRI GIACOMO C=IT 2.5.4.4=FERRI 2.5.4.42=GIACOMO

**Approvato il 01/02/2022**

## **Indice del documento**

1. Premessa	pag 3
2. Contesto organizzativo	pag 4
3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag 8
4. Descrizione della posizione assicurativa	pag 9
5. Resoconto delle attività del Piano precedente	pag 9
6. Matrice delle responsabilità	pag 14
7. Obiettivi e attività	pag 15
8. Modalità di diffusione del documento	pag 18
9. Termini e definizioni	pag 18
10. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	pag 20



## 1. PREMESSA

Il presente Piano Annuale rappresenta la terza esperienza di programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Clinico condotta nella RSA Mater Dei di Ariccia, gestita dalla Società Belgeca,

L'esperienza acquisita e le evidenze emerse nel corso delle due annualità precedenti rappresentano un importante riferimento per la prosecuzione del programma che la Struttura dovrà porre in essere nell'anno di validità del presente Piano.

Il biennio precedente 2020-2021 è coinciso, purtroppo, con l'esplosione della Pandemia da SARS-CoV-2 che ha fortemente condizionato l'intera organizzazione delle attività sanitarie ed assistenziali di tutte le Strutture del Paese, ivi inclusa quelle gestite dalla Società Belgeca srl, a cui fa capo la "RSA Mater Dei"

La RSA ha sede nel comune di Ariccia, in via dei Villini n. 17, e nello stesso complesso sanitario insistono anche due Centri non residenziali di riabilitazione ex art. 26, denominati "Ars Sana" e "Ars Sana 2",

Il presente Piano viene redatto ai sensi del Documento di indirizzo regionale per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS), ed in particolare dell'allegato B, riferito alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

Costituiscono inoltre riferimenti normativi le disposizioni emanate dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla Regione Lazio ed altre Istituzioni, per la prevenzione e gestione dei contagi da SARS-COV-2 nelle strutture socio sanitarie, note alla data di approvazione del documento.

La gestione del Rischio Clinico nella Struttura viene esercitata in conformità alle norme nazionali e regionali che dispongono che "tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. (legge 28 dicembre 2015, n. 208, al comma 539, legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie")

Con "gestione del Rischio Clinico" si definisce lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze.

Con il presente programma di Risk Management si intende:

- promuovere l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi;



- diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza";

## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La RSA Mater Dei è una struttura che eroga prestazioni residenziali per Anziani.

L'edificio che ospita la RSA si sviluppa su più piani, raggiungibili sia da un impianto elevatore, sia da scale interne ed esterne, dispone di stanze singole, doppie e triple, nonché di una camera di degenza singola, con annesso servizio igienico, da utilizzare in caso di necessità, per l'isolamento temporaneo dei pazienti, nelle more del trasferimento in reparto per acuti.

Al piano primo è inoltre presente un ampio terrazzo, dotato di apposite protezioni, utile a favorire le visite ed i contatti tra gli ospiti ed i familiari, evitando gli spazi chiusi.

La RSA è accreditata con il SSR per 70 posti di letto per livello assistenziale R2 (livello di assistenza mantenimento alto) e 20 posti letto per livello di assistenza estensiva.

Nella Struttura è garantita l'assistenza medica (con presenza di medici h 24), infermieristica, riabilitativa e terapia occupazionale.

Fanno parte del complesso sanitario anche due Centri di Riabilitazione non residenziali, che dispongono di personale e locali dedicati.

- a) Il Centro di Riabilitazione "Ars Sana" eroga prestazioni assistenziali ai sensi dell'art 26 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Prestazioni di riabilitazione) con una capacità ricettiva di 250 posti distribuiti in regime non residenziale, ambulatoriale e domiciliare secondo le esigenze dei singoli utenti. Il Centro è specializzato in progetti riabilitativi interdisciplinari che consentono al singolo paziente di mantenere e/o migliorare e/o recuperare le proprie autonomie funzionali riducendo la necessità di assistenza e/o di aiuto.
- b) Il Centro "Ars Sana 2", autorizzato con determina Regione Lazio n.G16262 del 27/11/2017 all'esercizio di attività ambulatoriale e domiciliare per prestazioni di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

Complessivamente, nel corso dell'anno 2021, il volume delle prestazioni residenziali erogate presso la RSA Mater Dei è quello riportato nella tabella sottostante:



Tabella 1

RSA MATER DEI		
Dati Strutturali		
ASL territorialmente competente	ROMA 6	
Posti letto	90	Posti livello assistenziale alto 70
		Posti livello assistenza estensiva 20
Dati Attività		
Giornate di assistenza residenziale	296.015	

## 2.1 Ubicazione della Struttura

Il complesso, costituito da tre fabbricati principali, oltre a pertinenze accessorie, è ubicato all'interno di un parco privato con alberi secolari, nel Comune di Ariccia, che ricade nel territorio dell'Azienda USL ROMA 6. La RSA occupa il più grande dei fabbricati



## 2.2 Certificazioni

Per le tre Strutture la società Belgeca nel 2019 ha avviato il processo di certificazione del sistema di gestione per la qualità con l'ente di certificazione "Bureau Veritas".

La Certificazione è stata conseguita in data 6/04/2020 e confermata nel settembre 2021 a seguito di audit di mantenimento.



### **2.3 CCICA**

Presso la Struttura, date le dimensioni e le professionalità sanitarie previste dai requisiti, non è stato possibile costituire un Comitato per il Controllo delle infezioni collegate all'assistenza (CCICA). Infatti la struttura non dispone di un servizio di Farmacia né di un laboratorio analisi e, in caso di necessità, viene fatto ricorso ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

### **2.4 Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico**

Nella struttura sono presenti stabilmente flaconi con dispenser da 500 ml sia in prossimità delle camere di degenza, sia lungo i corridoi, sono presenti altresì locandine esplicative, per l'efficace frizione idroalcolica delle mani.

### **2.5 Procedure per la prevenzione delle ICA**

Ai fini della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono presenti nella Struttura specifiche procedure di prevenzione e controllo:

- Istruzione operativa RSA QUA 5: Lavaggio delle mani ed utilizzo di guanti (18/03/2019)
- Istruzione operativa RSA QUA 6: Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (28/08/2019)
- Istruzione operativa RSA QUA 2: Cure Igieniche dell'anziano (18/03/2019)
- Istruzione operativa RSA QUA 4: Clostridium Difficile (18/03/2019, aggiornata il 13/01/2021)
- Protocollo Generico P1: Prevenzione e controllo della Legionellosi (08/06/2019)
- Istruzione Operativa: Gestione del catetere vescicale (aggiornata il 26/10/2021)

Nel corso dell'anno 2021 è stato inoltre adottato il PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI, e le procedure di autovalutazione seguite per l'elaborazione del documento hanno consentito di collocare la Struttura su un livello base/intermedio per ciascuno degli ambiti valutati

### **2.6 Esistenza di un programma di Antimicrobial Stewardship**

Il personale medico e di assistenza è sensibilizzato al buon uso degli antibiotici ed al monitoraggio del loro consumo, condotta professionale indispensabile per un efficace programma di antimicrobial stewardship; tra gli interventi in programma sono previsti incontri formativi/informativi per l'implementazione e diffusione di conoscenze sull'argomento, anche con l'eventuale supporto di professionisti esterni.

Si deve precisare al riguardo che la fornitura dei farmaci, e degli antibiotici in particolare, presso la RSA avviene attraverso due distinti percorsi, sia attraverso la farmacia



Ospedaliera della Azienda Sanitaria, sia attraverso la prescrizione dei Medici di Medicina Generale che hanno in carico gli assistiti ospiti della struttura.

Tale doppio canale di approvvigionamento potrebbe pregiudicare la completezza dei report finalizzati al monitoraggio del consumo di antibiotici.

## 2.7 Team rischio clinico

Risk Manager	Dott. Vittorio Amedeo Cicogna
Medico Responsabile	Dott. Luigi Casella
Coord. Infermieristico	Dr.ssa Maria Pia Talone
Vice Coord. Infermieristico	Dr.ssa Nicoleta Molie

### Comitato Valutazione Sinistri

Avv. Maria Luisa Bellini  
Avv. Gianluca Bellini

**Tabella 2 Organico RSA Mater Dei**

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
Medici	8
Coordinatore	1
Infermieri	17
Fisioterapisti	4
Educatori	4
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	30
<b>Manutentori</b>	<b>3</b>
Amministrativi	4
<b>Totale</b>	<b>73</b>



### 3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nel triennio precedente alla attivazione della funzione specifica di Risk Management (2017- 2018 - 2019) non si è proceduto alla registrazione di eventi avversi, peraltro per il periodo indicato non risultano pervenute richieste di risarcimento danni.

Nel corso degli anni 2020 e 2021, in cui sono state formalizzate le attività di Risk Management ed introdotto il sistema di Incident Reporting, sono stati registrati i seguenti eventi:

**Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Eventi Avversi	2	66%	Organizzativi 100%	Organizzative 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi sentinella	1 **	33%		Procedure/ Comunicazione 50%	

\*\* in occasione dell’evento Sentinella è stato condotto un AUDIT

**Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2021 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	7	100%		Procedure/ Comunicazione 50%	

Al momento non risultano contenziosi pendenti, né richieste di risarcimento.





#### 4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La soc. Belgeca srl è titolare di una polizza assicurativa stipulata con la Compagnia "Le Generali Assicurazioni"- **Polizza n 390575252**, a copertura dei rischi per la RSA e le altre strutture ricadenti nel complesso.

**Tabella 5: posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	N.polizza
2019	31/10/2019	Le Generali Ass.ni	390575256
2020	31/10/2020	Le Generali Ass.ni	390575252
2021	31/10/2021	Le Generali Ass.ni	390575252

#### 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEL PARM E NEL PAICA PRECEDENTI

Occorre premettere che la funzione di Risk Management è stata stabilmente introdotta nell'organizzazione della RSA dall'anno 2020.

Il primo Piano di Prevenzione del Rischio (PARM), ed il primo Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), formulati secondo le linee di indirizzo del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio, sono stati adottati nell'anno 2020, e successivamente aggiornati nell'anno 2021.

Nell'anno 2021 è stato inoltre adottato il PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI e sono state messe in atto le iniziative previste dal relativo cronoprogramma.

Nella adozione dei suddetti Piani si è ovviamente tenuto conto della tipologia delle attività assistenziali e delle prestazioni erogate dalla RSA, orientando quindi l'attenzione ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura ed in relazione ai trattamenti accreditati presso la stessa.

Nel recente passato hanno costituito oggetto di specifica attività rivolta alla prevenzione dei rischi:

- l'adozione di scale di valutazione del rischio clinico dei pazienti
- l'introduzione di un impianto di clorazione della rete idrica per la riduzione del rischio legionella
- l'acquisizione della cartella informatizzata



Nel corso degli anni 2020 - 2021, gli eventi collegati alla Pandemia da SARS-COV-2 hanno condizionato sensibilmente la realizzazione di tutti gli interventi e delle attività programmate nei suddetti Piani in quanto l'esigenza prioritaria è stata quella di limitare allo stretto necessario la presenza fisica di soggetti esterni nei reparti di degenza, evitando l'accesso di persone e l'ingiustificato affollamento nei locali sede delle attività assistenziali. Le precauzioni adottate hanno consentito alla RSA di restare totalmente indenne nel corso della prima ondata della Pandemia da SARS-COV-2.

Dal 5 novembre 2020 invece, nel corso della seconda ondata, la RSA è stata interessata da un Cluster epidemico che ha coinvolto ospiti ed operatori e che è stato definitivamente circoscritto il 25 dicembre del 2020 con negativizzazione del tampone di tutti i soggetti interessati; la chiusura del cluster è stata attestata dalla locale Azienda Sanitaria con nota del 19/01/2021, con cui è stata autorizzata la ripresa delle attività di ricovero.

Nel corso del biennio 2020 - 2021 sono state comunque introdotti e portati a regime, mediante incontri con il personale ed i coordinatori infermieristici dei reparti, i seguenti interventi:

1. l'impianto del sistema di Incident Reporting, per la segnalazione degli eventi avversi da parte del personale;
2. l'utilizzo della piattaforma regionale di Rating-Asl
3. l'introduzione delle schede di valutazione del pazienti con riferimento al rischio cadute ed al rischio di sviluppare lesioni da pressione;
4. le verifiche per la corretta tenuta della documentazione sanitaria
5. l'aggiornamento, nel corso dell'anno 2021, delle seguenti procedure / istruzioni operative riferite a rischi specifici:
  - a) Prevenzione e gestione del rischio cadute
  - b) Gestione delle protezioni personali (mezzi di contenzione)
  - c) Corretta identificazione del paziente
  - d) Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori
  - e) Gestione e monitoraggio degli elettromedicali
  - f) Preparazione e somministrazione della terapia farmacologica – gestione farmaci
  - g) Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione
6. la formazione degli operatori, avvenuta sia con incontri a piccoli gruppi, sia mediante la pubblicazione sul Sito Aziendale di corsi, con edizioni ripetute in ciascun anno, sui seguenti argomenti:
  - o Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie ( Sito Aziendale - aprile 2020)
  - o Importanza di una corretta gestione del Rischio Clinico nelle attività di assistenza – norme di comportamento per gli operatori sanitari (Sito Aziendale - luglio 2020);



- Prevenzione Cadute (piccoli gruppi - marzo 2021)
- Coronavirus: cosa sappiamo ad un anno e mezzo dall'inizio della Pandemia (Sito Aziendale - giugno 2021)
- Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (Sito Aziendale - ottobre 2021)
- Gestione del rischio clinico e Sicurezza delle Cure - Prevenzione dei Rischi nelle attività clinico assistenziali (Sito Aziendale - ottobre 2021)
- Prevenire e affrontare gli atti di violenza verso gli operatori sanitari (Sito Aziendale - dicembre 2021).

**Tabella n 6** resoconto delle attività del PARM precedente

1° Obiettivo PARM: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Seconda edizione di un Corso di formazione per gli operatori della struttura sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure in modalità on line	SI	Il corso è pubblicato sul Sito Aziendale e l'Amministrazione ha evidenza degli operatori che lo hanno seguito mediante tracciamento degli accessi
2° Obiettivo PARM: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse.	SI	La scheda di valutazione del rischio caduta è regolarmente compilata e presente nella documentazione sanitaria
3° obiettivo PARM: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutazione e prevenzione del rischio di sviluppare Lesioni da pressione	SI 50%	La scheda di valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione è compilata e presente nella documentazione sanitaria solo di una parte degli ospiti
4° Obiettivo PARM: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Riduzione del rischio clinico associato alla mancata valutazione del dolore e presenza della relativa scala nella cartella personale.	NO	La scheda di valutazione del dolore non è stata di norma compilata perché la condizione dolorosa non si riscontra frequentemente nei pazienti ospiti della struttura



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI  
ANNO 2022

PARS  
ed.03 rev.02  
01 febbraio 2022  
Pagina 12 di 22

5° Obiettivo PARM: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Prevenzione e riduzione del rischio "Legionella" - Mantenimento in esercizio e verifica periodica dell'impianto di clorazione della rete idrica	SI	I controlli ed il monitoraggio della rete idrica sono stati eseguiti alle scadenze programmate

**Tabella n 7** resoconto delle attività del PAICA precedente

1° Obiettivo PAICA: Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Esecuzione di attività formativa sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA per il personale sanitario	SI	Il corso è pubblicato sul Sito Aziendale e l'Amministrazione ha evidenza degli operatori che lo hanno seguito mediante tracciamento degli accessi (ottobre 2021)
2° Obiettivo PAICA: aggiornamento del corso di formazione su tematiche inerenti le infezioni da SARS-COV-2		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Esecuzione della attività formativa rivolta a tutto il personale per la prevenzione e controllo del COVID-19	SI	Il corso è pubblicato sul Sito Aziendale e l'Amministrazione ha evidenza degli operatori che lo hanno seguito mediante tracciamento degli accessi (giugno 2021)
3° obiettivo PAICA: Sorveglianza delle infezioni da CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi	SI	La sorveglianza è stata eseguita in un esiguo numero di pazienti in quanto raramente si è presentata negli ospiti della Struttura una sintomatologia riferibile ad una sospetta colonizzazione.  In nessuno dei controlli effettuati è stata confermata la presenza di enterobatteri resistenti ai carbapenemi, ma in rari casi è stata documentata la positività del GDH (glutammato deidrogenasi) per clostridium difficile, con negatività delle tossine A e B.



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI  
ANNO 2022

PARS  
ed.03 rev.02  
01 febbraio 2022  
Pagina 13 di 22

4° Obiettivo PAICA: esecuzione di una indagine di prevalenza sulle infezioni del tratto urinario negli ospiti della RSA portatori di catetere urinario		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
esecuzione indagine di prevalenza da effettuare in un periodo predeterminato	SI	<p>Il giorno 7 ottobre 2021 è stata condotta una analisi di prevalenza delle infezioni del tratto urinario tra gli ospiti della struttura, selezionati tra coloro che risultavano essere portatori di catetere vescicale a permanenza da almeno quattro settimane e non fossero stati trattati, da almeno trenta giorni, con terapia antibiotica. In tutto sono stati selezionati cinque ospiti, di cui 1 maschio ed 4 femmine; nessuno dei pazienti condivideva la stanza di degenza con gli altri inclusi nello studio, per ognuno è stata eseguita una urinocoltura su urine raccolte da catetere.</p> <p>I risultati sono agli atti della Direzione</p>
5° Obiettivo PAICA ( in comune con obiettivi PARM): Prevenzione e riduzione del rischio "Legionella"		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Prevenzione e riduzione del rischio "Legionella" - Mantenimento in esercizio e verifica periodica dell'impianto di clorazione della rete idrica	SI	I controlli ed il monitoraggio della rete idrica sono stati eseguiti alle scadenze programmate



## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Soc Belgeca srl per la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Funzione aziendale Fase PARS	Direzione Amministrazione	Medico Responsabile	Risk Manager	Strutture di supporto tecnico amministrativo
Nomina del Risk Manager	R	C	I	C
Redazione PARS	C	R	C	C
Approvazione PARS	R	I	I	I
Monitoraggio PARS	I	R	C	C

**Legenda** - [R]: funzione Responsabile; [C]: funzione Coinvolta; [I]: funzione Interessata.



## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2022

Le nuove linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARS, individuano i seguenti quattro obiettivi strategici che le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (tipologia di riferimento della RSA Mater Dei) debbono impegnarsi a raggiungere:

- A) Diffondere la 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 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare almeno cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici come sopra definiti e tra questi, dal corrente anno, viene introdotta l'implementazione del Piano di azione locale per l'igiene delle mani che la Struttura ha adottato nel corso dell'anno 2021.

Con riferimento all'autovalutazione effettuata per l'adozione del suddetto Piano la RSA Mater Dei, relativamente alla complessità organizzativa ed alla intensità assistenziale, si colloca nel livello di base, mentre si colloca in un livello intermedio per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici e della formazione. La dotazione organica, i contingenti di operatori in turno e la presenza di figure professionali sono conformi a quelle stabilite per le attività sociosanitarie residenziale, per il cui svolgimento non sono richiesti servizi specialistici e di diagnostica di laboratorio, pertanto, in caso di necessità, i sanitari fanno riferimento ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

Per quanto attiene le attività routinarie sarà data priorità, ovviamente, all'aggiornamento delle specifiche procedure relative ai rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura,

Tanto premesso per l'implementazione del presente Piano verranno programmati gli interventi ed le azioni compatibili con le risorse presenti, riproponendo anche alcuni degli obiettivi che non hanno potuto essere compiutamente realizzati nel corso dell'anno precedente.



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI  
ANNO 2022

PARS  
ed.03 rev.02  
01 febbraio 2022  
Pagina 16 di 22

Attività n 1

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

Obiettivo: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure;

Attività: Nuova edizione di un Corso di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure, centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura

Indicatore: Erogazione/Mancata erogazione dell'evento

Standard: Si

Struttura Responsabile: Risk Management

AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Progettazione del corso	C	R	I
Approvazione del corso	C	C	R
Realizzazione del corso	C	R	C

Attività n 2

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al Rischio iniettivo

Obiettivo: Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA

Attività: Esecuzione di una attività formativa sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA per il personale sanitario mediante un corso centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura

Indicatore: Erogazione/Mancata erogazione dell'evento

Standard: Si

Struttura Responsabile: Direzione sanitaria

AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Progettazione del corso	R	C	I
Approvazione del corso	C	C	R
Realizzazione del corso	C	R	I





### Attività n 3

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: Valutazione del rischio cadute degli ospiti e del rischio di sviluppare Lesioni da pressione, monitoraggio e prevenzione delle stesse.

Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa  
Attività: Valutazione dei pazienti per il rischio di sviluppare lesioni da pressione e prevenzione cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse.

**Indicatore:** valutazione del rischio caduta e del rischio LdP nel 100% dei pazienti e presenza della relativa scheda nella documentazione sanitaria

AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento delle schede di valutazione	C	R	I
Utilizzo della schede di valutazione	R	C	I
Analisi, monitoraggio delle cadute e delle LdP, individuazione delle misure preventive	C	R	C
Rendere disponibili sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R

### Attività 4:

Obiettivo C): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani - requisiti strutturali e tecnologici

Obiettivo: rendere disponibili nella struttura dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.

Attività a) mantenimento del rapporto lavandini/posti letto  
b) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser entro il 31/12/2022  
c) monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta

Indicatore: rispetto del cronoprogramma

AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
regolare fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani	C	I	R
regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura	C	I	R
rispetto del programma di manutenzione periodica dei servizi	C	I	R



#### Attività n 5

Obiettivo D): Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Obiettivo: Sorveglianza delle infezioni da CRE			
Attività: Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi			
Indicatore: sorveglianza attiva (tampone rettale/ coprocoltura) delle colonizzazioni/ infezioni da CRE			
Standard: 100% dei pazienti eleggibili			
Struttura Responsabile Direzione Sanitaria			
AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Personale di assistenza
segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/ colonizzazioni da CRE	C	C	R
sorveglianza attiva (tampone rettale/ coprocoltura) delle colonizzazioni/ infezioni da CRE	R	C	C
identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA	R	C	I

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS verrà pubblicato sul Sito internet della Società BELGECA S.r.L. sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione

La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.

## 9. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia necessaria ai fini della comprensione del presente Piano

Termini	Definizioni
<b>Evento avverso</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile" <sup>1,2,3</sup> <sub>SEP</sub>
<b>Near miss</b>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente



<b>Evento sentinella</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
<b>Rischio Clinico</b>	Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"
<b>Risk Management</b>	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
<b>Audit</b>	L'audit è un'ispezione sistematica, documentata e indipendente che ha come scopo quello di verificare la conformità ai requisiti espressi, che dovrà essere non casuale ma il prodotto di una cultura dell'organizzazione che determinerà sempre lo stesso risultato. La conformità dovrà essere dimostrata tramite evidenze oggettive che si raccoglieranno per mezzo di colloqui con il personale, analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte le attività.
<b>Audit Clinico</b>	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<b>Audit Organizzativo</b>	L'audit organizzativo ha lo scopo di "diagnosticare" il funzionamento delle aziende e, nel contempo, fornire al Management Team suggerimenti sulle linee di cambiamento organizzativo coerenti con l'attuazione degli orientamenti strategici.
<b>Incident reporting</b>	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.
<b>Antisepsi delle mani</b>	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
<b>Agente antisettico</b>	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.



<b>Colonizzazione</b>	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite
<b>Disinfezione</b>	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
<b>Frizione antisettica</b>	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio
<b>ICA</b>	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
<b>Infezione</b>	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite
<b>Punto di Assistenza</b>	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano - dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

## 10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>
- SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana
- SITO della Fondazione "Italia in Salute"
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)



- **Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.**
- **Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.**
- **Decreto del 11 dicembre 2009**  
*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*
- **DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008**  
*"Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"*
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)**  
*«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».*
- **Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968**  
*Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)*
- **Determinazione Regionale dell'1 aprile 2014 n. G04112**  
*"Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"*
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208**  
*"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*
- **Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356**  
*Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".*
- **DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328**  
*Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".*
- **DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n.U00469**  
*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.*
- **Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)**  
*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- **Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Biotestamento)**  
*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*



- **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020**
- **Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829**  
*Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRRC).*
- **Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2**  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali*
- **Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044**  
*Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".*
- **Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850**  
*Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".*
- **Documento di indirizzo Regione Lazio**  
*Elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS); dicembre 2021*