



Istituto Romano di San Michele

**PIANO ANNUALE
SUL RISCHIO
SANITARIO
(PARS)**

CONTESTO ORGANIZZATIVO

| ISTITUTO ROMANO SAN MICHELE | | |
|-----------------------------|---|-----|
| DATI STRUTTURALI | | |
| ASL COMPETENTE | | RM2 |
| POSTI LETTO | 40 | |
| DATI DI ATTIVITA' | | |
| GIORNATE DI DEGENZA | 12991 giornate di degenza; Degenza media 245,11 | |

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti negli assistiti presso strutture residenziali territoriali. Il trend epidemiologico delle ICA osservato è attribuibile a diversi fattori: un aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, l'aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, gli spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Studi recenti hanno però dimostrato come la quota prevenibile sia molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa. I determinanti delle infezioni correlate all'assistenza sono molteplici. Tra quelli modificabili vi sono: a) pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostrate efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare nell'applicazione delle precauzioni standard (igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili) e delle precauzioni specifiche per malattia infettiva, nell'assistenza a pazienti con presidi invasivi, nell'utilizzo non appropriato di antibiotici; b) carenze di risorse (carenze di risorse umane – un basso rapporto pazienti/personale è stato

associato ad un aumento del rischio di infezioni – o carenze di risorse tecnologiche – ad esempio, la non disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni); c) carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche (ad esempio nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da Legionella spp. o Aspergillus spp.).

Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

L'Istituto Romano San Michele opera sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere tramite un Comitato Infezioni, che, insieme al Comitato di Gestione del Rischio, esegue una dettagliata analisi annuale delle infezioni correlate all'assistenza che si verificano durante la degenza.

I dati raccolti vengono analizzati in maniera critica per estrapolare le informazioni riguardo alle azioni di miglioramento da intraprendere.

Il Comitato infezioni è stato costituito a gennaio 2022. Sono stati raccolti i dati relativi alle infezioni e i risultati vengono di seguito illustrati:

Le infezioni ospedaliere segnalate nel 2022 sono state in totale 3, con una percentuale del 3,5% sui ricoveri (3/57). Le infezioni sono state segnalate quando si verificava un rialzo febbrile che ha necessitato di terapia antibiotica. Non essendo a diretta disposizione un laboratorio analisi per il riconoscimento del batterio/virus responsabile non è stato possibile individuare la causa dell'infezione ma veniva instaurata una terapia antibiotica a largo spettro con la collaborazione del medico di medicina generale. Vista la guarigione dei pazienti è presumibile che non vi siano state infezioni da alert organism né da acynetobacter baumannii.

Il numero di infezioni segnalate rimane tuttavia ancora esiguo, pertanto è necessario stabilire un percorso idoneo di segnalazione tramite istruzione del personale al fine di un adeguato riconoscimento delle stesse.

Azioni di miglioramento per il 2023:

1. Indicatori di qualità: per il 2023 è in programma la stesura di una procedura per migliorare, approfondire e rendere facilmente fruibili gli indicatori di performance relativi ai dati monitorati dal Piano Nazionale Esiti.
2. Promozione della segnalazione di eventi avversi, con particolare riferimento agli errori di terapia farmacologica e alle infezioni correlate all'assistenza.

3. Aggiornamento del percorso assistenziale sulle cadute accidentali (ultimo eseguito nel 2020), in base alle ultime linee guida e alle evidenze emergenti.

Programma di buon uso degli antibiotici:

Il CIO, insieme al CGR, si impegnano a diffondere e ad applicare all'interno della Struttura, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, adattandolo a quelle che sono le caratteristiche della struttura nonché la tipologia di pazienti.

Nel corso del 2022 si è proceduto alla stesura delle seguenti procedure:

- procedura operativa per la gestione delle infezioni da acinetobacter baumannii
- sorveglianza microrganismi sentinella
- controllo della legionellosi
- prevenzione della diffusione del clostridium difficile

Nel 2023 si continuerà ad eseguire il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza con segnalazione in cartella clinica informatizzata e ove possibile, con la ricerca del microorganismo responsabile, procedendo quindi alla valutazione di:

- numero di infezioni da batteri multiresistenti;
- monitoraggio della terapia antibiotica eseguita in caso di ICA;
- monitoraggio delle infezioni da alert organism.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il Comitato di Gestione del Rischio esegue 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.

| Tipo di eventi | N e % sul totale degli eventi | % di cadute all'interno della categoria evento | Principali fattori causali/contribuenti | Azioni di Miglioramento |
|----------------|-------------------------------|--|---|-------------------------|
|----------------|-------------------------------|--|---|-------------------------|

| | | | | |
|-------------------|------|----|---|--|
| Eventi Avversi | N 32 | 32 | Demenza (70%) Ipotensione da farmaci | Maggiore controllo dei pazienti con demenza grave Valutazione ed utilizzo degli strumenti di contenzione |
| Eventi sentinella | 0 | | Distrazione del paziente | Informativa ai parenti sul rischio cadute secondo la scala di Tinetti per ottenere la collaborazione sul vestiario e sulle indicazioni da dare al paziente Aumentare la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss |

Tabella 1. Eventi avversi 2022

IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

Dal 2022, con la costituzione del CRGR, è stata iniziata un'analisi più dettagliata di tutti gli eventi che fanno parte del sistema di gestione del Rischio. I risultati vengono di seguito illustrati.

Incident reporting

Nella stesura della relazione annuale viene adottata la seguente definizione di Evento Avverso (EA): incidente inatteso ed indesiderato, incluso nella cartella clinica ed attribuibile alla gestione sanitaria piuttosto che alla patologia di base del paziente, che ha provocato una lesione e/o disabilità e/o il prolungamento del ricovero e/o la morte. Si tratta della stessa definizione che viene riportata in diversi studi internazionali.

In tale definizione sono inclusi i seguenti criteri:

1. Infortunio/caduta del paziente durante la permanenza in ospedale;
2. Reazione allergica/avversa a farmaco;
3. Morte inattesa;
4. Infezione/sepsi acquisita in ospedale e non presente all'ammissione;
5. Qualsiasi altro risultato indesiderato non incluso nei sopra citati

La seguente tabella mette in evidenza gli indicatori utilizzati nel 2022 per la misura della qualità assistenziale:

| INDICATORI DI PERFORMANCE ASSISTENZIALE | |
|--|-------|
| TASSO DI MORTALITA' | 3,5% |
| TASSO DI LDP | 2,5% |
| TASSO DI LDP >2 GRADO | 2,5% |
| TASSO CADUTE | 56% |
| TASSO DI PAZIENTI CON CATETERE VESCICALE | 5% |
| TASSO DI ACCESSI IN PS | 50% |
| TASSO DI INFEZIONI URINARIE | 3,5% |
| TASSO DI PZT VACCINATI VS VIRUS INFLUENZA | 87,5% |

Tabella 1. Indicatori 2022

Analisi dei dati

Nel 2022 l'IRSM ha eseguito 17 nuovi ricoveri, 9 dimissioni, 2 trasferimenti definitivi in ospedale. Si sono verificati 2 decessi con un tasso di mortalità pari al 3,5%.

Il numero di lesioni da pressione è stato in totale 2 (2,5%), entrambe di grado > 2. Non si sono osservate nuove lesioni durante tutto l'anno ad indicare un'elevata qualità di assistenza.

Il tasso di cadute accidentali è stato del 56%, con elevato numero di cadute ripetute, motivo per il quale sono stati eseguiti due audit per l'analisi dei dati.

I pazienti portatori di Catetere vescicale rappresentano una percentuale molto bassa, si tratta infatti di soli 2 pazienti su un totale di 40, a cui viene eseguito un monitoraggio costante per la valutazione dell'insorgenza delle complicanze, in particolare delle infezioni urinarie. Il catetere viene gestito secondo la procedura di riferimento.

Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

In tabella n. 2 è possibile evidenziare i dati relativi ai risarcimenti che l'Istituto Romano San Michele ha erogato nel triennio 2019-2022

| Anno | N sinistri aperti | N sinistri Liquidati | Risarcimenti erogati |
|------|-------------------|----------------------|----------------------|
| 2019 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|--------|---|---|---|
| 2021 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 0 | 0 | 0 |

Tabella n 2.dati relativi ai risarcimenti 2019-2022

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Si riassume sinteticamente nella tabella 3 la posizione assicurativa dell'Istituto Romano San Michele.

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagnia | Premio |
|------|--------------------|-----------|--------|
| 2023 | 31.06.2023 | Unipol | 22445 |

Tabella 3. Posizione assicurativa

RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Con la nomina del Comitato Ristretto, è stata iniziata l'analisi di tutte le procedure finalizzate alla gestione del rischio clinico, nonché all'adeguamento alle normative di accreditamento vigenti.

E' stata istituita la casella di posta elettronica rischioclinico@irmsm.it per tutte le eventuali comunicazioni da e per il Comitato di Gestione del Rischio.

Procedure inserite nel percorso diagnostico assistenziale dell'RSA dell'Istituto Romano San Michele nel 2022

Di seguito viene riportato l'elenco di tutte le procedure attualmente esistenti all'interno dell'Istituto Romano San Michele, con il responsabile delle revisioni, il numero e l'anno di revisione. Le procedure sono state suddivise per aree:

- AREA AMMINISTRAZIONE E ACCETTAZIONE
- AREA AMMINISTRAZIONE RSPP
- AREA DIREZIONE GENERALE
- AREA DIREZIONE SANITARIA
- AREA MEDICA

- RISK MANAGEMENT
- FISIOTERAPIA
- PSICOLOGIA/ASSISTENTE SOCIALE

| Obiettivo | | |
|--|---|---|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| Attività 1 Percorsi assistenziali | Inseriti percorsi assistenziali e procedure operative | Diffusione e applicazione delle procedure |
| Attività 2 Cartella clinica | Introduzione della CC informatizzata | Aumentare il numero di segnalazioni di incident reporting grazie al sistema di segnalazione informatizzato che permette l'analisi completa dei dati per reparto |
| Attività 3 Audit su cadute accidentali | SI | Audit e formazione sugli indicatori di qualità |
| Attività 4 Audit su Rischio clinico | SI | Ottimizzazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata |
| Attività 5 Audit su infezioni ospedaliere | SI | Incrementare il numero di segnalazioni |

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Come descritto nel *DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO* la realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Direttore Generale;
2. Presidente del CIO: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifico sul rischio infettivo.
3. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Direzione Generale: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente.

| Azione | Presidente CIO | RM | Responsabile UO affari legali/generali | Direttore Generale | DS |
|---|----------------|----|--|--------------------|----|
| Redazione del PAICA | R | C | | I | I |
| Redazione del PARS | C | R | | I | I |
| Piano sulla sinistrosità, organizzazione delle risorse e direttive specifiche | I | I | R | I | I |
| Deliberazione del PARS | I | I | I | C | I |

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

OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Obiettivi

Obiettivi strategici del presente PARS sono:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con applicazione delle nuove procedure sul rischio clinico introdotte nel 2022;

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, con particolare riferimento agli indicatori sulla qualità dell'assistenza;

C) Introduzione di un del Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani;

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

Attività

In questa sezione vengono elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi:

A) Applicazione delle procedure riguardanti le infezioni ospedaliere;

B) Revisione della procedura sull'igiene delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;

C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale tramite l'applicazione di tutte le procedure redatte nel 2022 riguardanti il rischio clinico;

D) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO | OBIETTIVO |
| Applicazione delle procedure riguardanti le infezioni ospedaliere; | Migliorare l'appropriatezza assistenziale tramite l'applicazione di tutte le procedure redatte nel 2022 riguardanti il rischio clinico |
| ATTIVITÀ 1 | ATTIVITA' 2 |
| Progettazione di un corso sulla diffusione delle procedure redatte nel 2022 sulle infezioni ospedaliere | Progettazione di un corso sul Rischio clinico |
| INDICATORE | INDICATORE |
| Esecuzione del corso entro il 30/06/2023 | Esecuzione del corso entro 31/12/2023 |
| STANDARD | STANDARD |
| SI | SI |
| FONTE | FONTE |
| CIO/CICA | CGR |

| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Azione | Comitato gestione del Rischio | Azione | Comitato gestione del Rischio |
| Programmazione del corso | RM | Programmazione del corso | RM |
| Esecuzione del Corso | Comitato gestione del Rischio | Esecuzione del Corso | Comitato gestione del Rischio |

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

1. Presentazione al Direttore Generale;
2. Pubblicazione sul sito dell'IRSM;
3. Diffusione del documento al personale sanitario dell'IRSM;

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2. Manuale di formazione per il Governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012
3. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
4. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf

IL CLINICAL RISK MANAGER

DOTT.SSA RENATA PETRONI


ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

RISULTATI DEL QUESTIONARIO

| QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE | | |
|--|---|--|
| SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI | | |
| DOMANDE | RISPOSTE | PUNTEGGIO |
| A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani? | Non disponibile | 0 |
| | Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo | 5 |
| | Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo | 10 |
| | Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti | 30 |
| | Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza | <input type="checkbox"/> 50 |
| A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti? | Meno di 1:10 | 0 |
| | Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva | 10 |
| A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone? | NO | 0 |
| | SÌ | <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso? | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | SÌ | 15 |
| A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani? | NO | 0 |
| | SÌ | <input checked="" type="checkbox"/> 15 |

Per la sezione A il questionario ha dato ottimi risultati:

Il punteggio totale infatti è pari ad 80, pertanto la struttura risulta ad un livello avanzato

Per la Sezione B e C, invece, il punteggio è compreso tra 26 e 50 pertanto il livello è quello Base

INDICATORI DI STRUTTURA per il 2023

Obiettivo del 2023 è quello di definire di un Piano di azione locale per l'igiene delle mani che segua tutte le indicazioni riportate nel piano Regionale con l'obiettivo di raggiungere come indicatore di esito un livello intermedio su tutti i questionari di autovalutazione entro il 31/12/2023