

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

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

ASL ROMA 5

INDICE

	Premessa	pag. 03
1.	Contesto Organizzativo	pag. 04
1.1	Introduzione al PARS 2022	pag. 07
1.2	Gestione del Rischio infettivo	pag. 08
2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag. 09
3.	Descrizione della posizione assicurativa	pag. 10
4.	Resoconto delle attività del Piano Precedente	pag. 11
4.1	Resoconto delle attività del PARM 2021	pag. 11
4.2	Resoconto del PAICA 2021	pag. 12
5.	Matrice delle Responsabilità	pag. 14
6.	Obiettivi ed attività	pag. 15
6.1	Obiettivi 2022 per la gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 15
6.2	Attività 2022 per la Gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 15
7.	Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo	pag. 17
7.1	Obiettivi 2022 per la gestione del R.I. (Ex PAICA)	pag. 17
7.2	Attività 2022 per la gestione del R.I.	pag. 17
8.	Modalità di Diffusione del Documento	pag. 19
9.	Bibliografia e Sitografia	pag. 19
10.	Riferimenti Normativi	pag. 19

Premessa

A più di tre anni dalla sua approvazione, l'impatto della Legge 8 marzo 2017 n. 24¹ sulle *policy* di gestione del rischio clinico a livello regionale e aziendale è stato caratterizzato da luci e ombre.

Se da un lato, infatti, la norma ha portato alla costituzione di una struttura che garantisca il coordinamento delle attività di risk management a livello regionale, anche al fine di poter ottemperare al debito informativo con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, dall'altro i tanto auspicati effetti in termini di contenimento del contenzioso e, soprattutto, di recupero della dimensione extra-contrattuale nel rapporto fra esercenti la professione sanitaria e pazienti, non sono ancora pienamente visibili.

I motivi di tale ritardo non sono ancora determinati in modo chiaro, probabilmente a causa di un problema legato alla fisiologica latenza di organizzazioni estremamente complesse come quelle sanitarie e giudiziarie nell'applicazione di elementi innovativi di sistema: sarà solo il tempo a dirlo.

Nel Lazio, tuttavia, la costituzione del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ha rappresentato un momento importante per tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Infatti sono stati elaborati e messi a sistema una serie di iniziative e di documenti che hanno consentito alle aziende di migliorare la qualità dei flussi informativi e di concentrare l'attenzione su argomenti rilevanti, come la sicurezza materno-infantile e la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Il particolare periodo, che vede tutte le strutture sanitarie impegnate nella gestione della pandemia COVID-19, ha permesso di implementare la governance delle malattie trasmissibili ed ha reso necessario una maggiore consapevolezza del ruolo di prevenzione delle organizzazioni.

Nello stesso tempo ha spostato l'attenzione verso ambiti clinici specifici, limitando, in taluni casi, l'implementazione delle buone pratiche non correlate alle infezioni.

Nella Asl Roma 5, su mandato regionale, si è ripensato l'assetto organizzativo dei presidi ospedalieri, implementando i posti letto legati dedicati alla gestione del COVID-19.

1. Contesto Organizzativo

L'azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente, senza fini di lucro, parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel territorio di competenza la tutela della salute della popolazione in conformità alle normative Nazionali e Regionali.

Il territorio della ASL Roma 5 (di seguito Azienda), comprende 70 Comuni divisi in sei Distretti Sanitari:

- G1: Monterotondo
- G2: Guidonia
- G3: Tivoli
- G4: Subiaco
- G5: Palestrina
- G6: Colferro

per una estensione di 1.813,7 Km². La popolazione all'01/01/2020 residente nel territorio aziendale è di 489.468 cittadini (fonte Regione Lazio volume "Lazio in numeri 2020" (<http://www.regione.lazio.it/statistica>)).

La Sede Legale della Azienda è in Via Acquaregna 1/15 Tivoli.

Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.aslroma5.it>

La rete ospedaliera della ASLRoma5 consta di 5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta:

- P.O. "S. Giovanni Evangelista" di Tivoli
- P.O. "L. Parodi Delfino" di Colferro
- P.O. "Coniugi Bernardini" di Palestrina
- P.O. "SS. Gonfalone" di Monterotondo
- P.O. "A. Angelucci" di Subiaco

Nella Tabella 1 sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici per l'azienda, mentre nella Tabella 2 sono riportati i dati di dettaglio dei singoli Presidi Ospedalieri.

Tabella 1 – ASL ROMA 5. Dati Aziendali Aggregati²

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	1.813,7 Km ²	Popolazione residente ³	489.468
Distretti Sanitari	Monterotondo Guidonia Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro	Presidi Ospedalieri Pubblici	Monterotondo Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro
Posti letto ordinari	404 ⁴	Area Medica	190
		Area Chirurgica	170
		SPDC	24
		UTIC	10
		Anestesia e Rianimazione	10
Posti letto diurni	60	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	5	Numero Sale Operatorie	16
Numero Terapie Intensive	3	Numero UTIC	2
DATI DI ATTIVITÀ			
Numero ricoveri ordinari	8.195	Numero ricoveri diurni	1.327
Numero accessi PS	76.043	Numero neonati	603
Branche specialistiche (nelle UO ospedaliere)	18 (escluso Lab.Analisi)	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici ⁵	1.965.701

Tabella 2 – ASL ROMA 5. Dati per singolo Presidio Ospedaliero

P.O. "L. Parodi Delfino" COLLEFERRO			
Posti letto ordinari	111	Area Medica	37
		Area Chirurgica	48
		SPDC	16
		UTIC	4
		Anestesia e Rianimazione e Terapia sub intensiva	4 +2
Posti letto diurni	14	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	4
Numero ricoveri ordinari	2761	Numero ricoveri diurni	312
Numero accessi PS	17359	Numero neonati	-

² Ove non diversamente specificato, i dati riportati sono tratti dai Rapporti SIO 2021 e SIES 2021.

³ Dati "Lazio in numeri 2020.

⁴ I dati dei posti letto ordinari e dei ricoveri ordinari sono calcolati in tutte le tabelle al netto delle culle.

⁵ Il dato comprende le prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche (come dialisi, fisioterapia, radiologia, ecc.). Dal dato sono invece escluse le analisi di laboratorio. Dati tratti dal Rapporto SIAS 2019 curato dal dott. Carlo De Luca.

P.O. "SS. Gonfalone" MONTEROTONDO			
Posti letto ordinari	54 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
		SPDC	14
Posti letto diurni	10	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
Numero ricoveri ordinari	1341	Numero ricoveri diurni	220
Numero accessi PS	11757	Numero neonati	-
P.O. "Coniugi Bernardini" PALESTRINA			
Posti letto ordinari	49	Area Medica	28
		Area Chirurgica	17
Posti letto diurni	14	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	1632	Numero ricoveri diurni	266
Numero accessi PS	13251	Numero neonati	-
P.O. "S. Giovanni Evangelista" TIVOLI			
Posti letto ordinari	150	Area Medica	74
		Area Chirurgica	51
		SPDC	13
		UTIC	6
		Anestesia e Rianimazione	6
Posti letto diurni	22	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	5
Numero ricoveri ordinari	3227	Numero ricoveri diurni	453
Numero accessi PS	27385	Numero neonati	603
P.O. "A. Angelucci" SUBIACO			
Posti letto ordinari	40 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
Posti letto diurni	1	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	808	Numero ricoveri diurni	76
Numero accessi PS	7552	Numero neonati	-

Il P.O. di Palestrina nel corso del 2021 è stato convertito in COVID CENTER: nel periodo 01/01/2021 e 31/07/2021 numero medio di posti letto dedicati pari a 80.

In ciascun presidio aziendale inoltre sono stati approntati p.l. COVID dedicati, come da schema sottostante:

Posti letto dedicati alla gestione COVID	
Presidio Palestrina	n. 80 p.l. (totale posti letto) dal 01/01/2021 – 31/07/2021
Presidio Tivoli	n. 50 p.l. dal 01/01/2021 – 26/05/2021
Presidio Colferro	n. 0 p.l.
Presidio Monterotondo	n. 9 p.l. dal 01/04/2021-31/05/2021
Presidio Subiaco	n. 10 p.l. dal 01/04/2021-31/05/2021

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 Roma 5, 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 Team di Risk Management 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 rischio clinico annualmente programmato contiene anche questi aspetti a disposizione del comparto e della dirigenza.

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

1.2 Gestione del Rischio infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con Deliberazione del Direttore Generale n. 502 del 21 Aprile 2006, ha istituito il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con delibere n.518 del 09/05/2007; n° 870 del 04/10/2011; n° 499 del 08/07/2014; n° 251 del 29/04/2016; n° 394 del 22/05/2018 e n° 990 del 26/11/2018 ha modificato la composizione originaria.

Con Delibera n° 72 del 06/02/2017 è stato deliberato il regolamento per il funzionamento del CC-ICA ad oggi vigente.

In ultimo con deliberazione 1673 del 29/09/2022 è stata definita la nuova 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 Roma 5 insistono 5 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Giovanni Evangelista di Tivoli", Ospedale "Parodi Delfino" di Colferro, Ospedale "Coniugi Bernardini" di Palestrina, Ospedale "SS. Gonfalone" di Monterotondo e Ospedale "A. Angelucci" di Subiaco.

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 sul corretto uso dei DPI ai fini della gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*).

E' presente ma non strutturata 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.

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.

La comprensione dei dati riportati nelle tabelle 3 e 4, è necessario chiarire alcune definizioni. Si parla di **evento evitato** (anche detto Near Miss o Close Call, di seguito NM) quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente. Quando, invece, un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso** (di seguito EA). Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti a un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella** (di seguito ES) ed occorre procedere a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive.

Durante l'anno 2021 sono stati comunicati in totale n. 131 episodi, come illustrato nella tabella 4. Il trend degli eventi è in calo rispetto agli anni precedenti (n. 147 episodi nel 2020 e n. 199 nel 2019).

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 all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	50 (37.8%)	0%	Procedure/Comunicazione (52%) Strutturali (20%) Tecnologici (6%) Organizzativi (22%)	Procedure/Comunicazione (52%) Strutturali (20%) Tecnologici (6%) Organizzativi (22%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi ^(A)	81 (61.3%)	86.5%			
Eventi Sentinella ^(A)	1 (0.75%)	100%			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

Nonostante l'emergenza COVID-19, nell'anno 2021 l'attività di Incident reporting, così come prevista dalle specifiche procedure aziendali, ha continuato a svolgersi regolarmente, configurandosi come strumento necessario per la predisposizione di successive attività di prevenzione e contenimento degli eventi accaduti.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "Tutte le strutture pubbliche e private rendano 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 5 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	69	€ 407.169,34
2018	58	€ 3.637.514,49
2019	66	€ 2.991.346,32
2020	54	€ 1.856.850,43
2021	46	€ 4.228.192,09
Totale	293	€ 13.121.072,70

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

3. Descrizione della posizione assicurativa

La posizione assicurativa si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 6)

Tabella 6 – Descrizione della posizione assicurativa.

	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	ITOMM1502031 (31/03/2018)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 4.440.466,00	€ 175.000,00	DP Broker Srl
2019	ITOMM1800003 (31.03.2019)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 4.440.466,00	€ 175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	ITOMM1800003 (Prorogata dal 31/03/2019 al 31.01.2020)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 3.026.902,52	€ 175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	RCH0001000006 (31/01/2020)	AMTRUST ASSICURA- ZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2021	RCH0001000006	AMTRUST ASSICURA- ZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	MAG. JLT SPA.

4. Resoconto delle attività dei piani precedenti

4.1 Resoconto del PARM 2021

Le attività previste dal PARM 2021 della ASL RM 5 sono state in parte realizzate a causa della gestione della pandemia che ha dislocato risorse umane con centralizzazione verso le attività ospedaliere. (Vedi Tabella 7)

Tabella 7 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente (PARM 2021)

OBIETTIVO 1 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso Base di Gestione del Rischio Clinico”	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione dell’evento formativo

OBIETTIVO 2 Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 2 - Elaborare una procedura per la gestione degli incidenti a visitatori, utenti esterni e familiari all’interno dei presidi aziendali	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione della procedura.
Attività 3 - Aggiornare e standardizzare la modulistica relativa alla check-list di sala operatoria in tutti i presidi aziendali	SI	La modulistica già presente è stata aggiornata e resa operativa in 4 dei 5 Presidi Ospedalieri Aziendali.
Attività 4 - Aggiornare la procedura per l’implementazione della Raccomandazione n. 2 del Ministero della Salute sulla prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico	NO	Durante l’anno 2021 presso gli ospedali Aziendali sono sopravvenuti numerosi cambi nel personale presente che non hanno permesso una uniformità nella gestione del dipartimento chirurgico.
Attività 5 - Revisionare ed aggiornare la documentazione relativa alla Scheda Unica di Terapia (SUT)	SI	Attivazione presso le Unità Operative Aziendali della cartella clinica informatizzata con revisione e aggiornamento della SUT.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l’indicatore relativo alla specifica attività.

4.2 Resoconto delle attività del PAICA 2021

Le attività previste dal PAICA 2021 della ASL RM 5 sono state in parte realizzate a causa della gestione della pandemia che ha dislocato risorse umane con centralizzazione verso le attività ospedaliere. (Vedi Tabella 8)

Tabella 8- resoconto delle attività del Piano precedente (PAICA 2021)

OBIETTIVO A) Sviluppare o consolidare un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 – Revisione procedura per l’attivazione di un sistema di monitoraggio dei microorganismi con caratteristiche di antibiotico resistente e/o elevata diffusibilità (microorganismi alert) di cui alla deliberazione n.960 del 23/12/2014 con definizione del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni /infezioni da CRE.	SI in parte	Si conta di terminare la revisione nel corso dell’anno 2022.
Attività 2 - notifica alle UU: OO: di interesse dell’ isolamento di germi resistenti ai carbapenemi (CRE) così come definiti nella nuova procedura aziendale.	SI	Trasmissione da parte del laboratorio analisi Aziendale delle schede Alert relative alla resistenza ai carbapenemici. Nel corso del 2021 trasmissione di circa il 95% delle schede in interesse.
Attività 3 – elaborazione di un report semestrale relativo alle infezioni/colonizzazioni da CRE	SI in parte	Regolare elaborazione solo per il Polo ospedaliero di Tivoli Monterotondo Subiaco.
Attività 4 – revisione procedura per le misure di isolamento in ospedale	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione degli incontri per la realizzazione della procedura.
Attività 5 – revisione istruzione operativa sull’igiene delle mani nella prevenzione delle ICA	SI in parte	Sono state effettuate giornate formative presso due dei 5 ospedali della Azienda con conseguente revisione dell’istruzione operativa che terminerà nel corso del 2022
Attività 6 – esecuzione di almeno una indagine di incidenza sulle infezioni da SARS-CoV 2 tra il personale di ruolo sanitaria, tecnico e amministrativo operante all’interno dei presidi e servizi della ASL Roma 5	SI	E’ stato regolarmente monitorizzato l’andamento delle infezioni da SarS – Cov2 presso tutti i presidi Aziendali e Territoriali della Asl. Sono in lavorazione i dati dello studio di incidenza.
Attività-7 progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un evento formativo sul monitoraggio e la prevenzione delle infezioni colonizzazioni da CRE	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione degli incontri per la realizzazione della procedura

OBIETTIVO B) Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi giornaliere (DDD)/100 Giorni Degenza		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 8 – elaborazione di un Report annuale sul consumo degli antibiotici	SI	La U.O.C. Farmacia ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici relativi al 2021, espressi in DDD

Obiettivo C) Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in Litri /1000 giornate di Degenza ordinaria), Stratificato ove praticabile per le diverse specialità discipline.		
Attività	Realizzata (a)	Stato di Attuazione
Attività 9 – Elaborazione di un Report annuale sul Consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.	SI	La U.O.C. Farmacia ha raccolto i dati relativi ai consumi annuali dei prodotti idroalcolici con produzione del Report relativo al 2021

Obiettivo D) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP) attraverso un referente esperto e/o la costituzione di TEAM/GRUPPO multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali		
Attività	Realizzata (a)	Stato di Attuazione
Attività 10 - Progetto di prevenzione delle infezioni Correlate All' assistenza "L' Antimicrobial Stewardship e adesione alle procedure aziendali di prevenzione delle ICA "	NO	Nel corso dell'anno 2021 l'emergenza pandemica ha impedito lo svolgimento degli incontri programmati (due incontri previsti) del CCICA con conseguente mancata applicazione di questa attività.
Attività 11- Monitoraggio dell' antibiotico - profilassi perioperatoria	SI in parte	Il monitoraggio è avvenuto presso 2 dei 5 ospedali Aziendali in quanto nel corso del 2021 a causa della pandemia sono state fortemente ridotte le attività chirurgiche aziendali.
Attività 12 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un evento formativo sull' antibiotico profilassi perioperatoria nell' adulto.	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione degli incontri per la realizzazione della procedura

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

5. Matrice delle Responsabilità del PARMs

Nella Tabella Segue viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle linee guida regionali. (Determinazione n.643 del 25/01/2022).

Tabella 9 – Matrice delle Responsabilità

Azione	Direttore Sanitario /presidente CCICA	Risk Management	Responsabile UO. Affari Legali / Generali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 del punto A2;punti A3 e A7)	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	-
Redazione Punto A7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto punto A7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio Punto A7	R	C	I	I	I	C

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

(1) ove non coincida con il presidente CCICA

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

Obiettivo A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

ATTIVITA 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 RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOC FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

ATTIVITA 2) – Formazione Facilitatori e gruppo infermieri		
INDICATORE Esecuzione di almeno due incontri formativi		
STANDARD si		
FONTE UOC Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOC 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.

ATTIVITA' 3 Completamento dell' attività di monitoraggio e revisione delle procedure aziendali, relative alle Raccomandazioni ministeriali.			
INDICATORE numero delle procedure sottoposte a revisione sul totale delle raccomandazioni Ministeriali			
STANDARD si			
FONTE UO coinvolta, UOC Pianificazione strategica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UU.OO./ Servizi	Direzione Sanitaria
Revisione della procedura emanate prima del 2021	R	C	I
Monitoraggio secondo i criteri Agenas e inserimento sul portale	R	C	I

ATTIVITA 4) Elaborare una procedura per la gestione degli incidenti a visitatori, utenti esterni e familiari all'interno dei presidi aziendali		
INDICATORE Elaborazione e deliberazione della procedura entro il 31/12/2022		
STANDARD si		
FONTE UOS Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	DIREZIONE STRATEGICA
Elaborazione della procedura	R	C
Deliberazione della Procedura	C	R

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

ATTIVITA' 5) implementazione e ridefinizione dell'comitato valutazione sinistri (CVS) e sua riorganizzazione		
INDICATORE Rapporto tra numero casi definiti con procedura 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 RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOC FORMAZIONE
Implementazione Organizzazione CVS	C	R
Azioni di miglioramento	R	R

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

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 Roma 5 ha programmato per il 2022 le seguenti attività (tabella 11).

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

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

ATTIVITA'1) Attività di informazione, formazione e addestramento sul corretto utilizzo dei DPI nelle fasi della vestizione, dismissione e smaltimento dei DPI nell'ambito delle misure di prevenzione del rischio COVID-19			
INDICATORE – realizzazione di almeno 3 edizioni al personale entro il 31/12/2022			
STANDARD-si			
FONTE CC-ICA, Risk Management, UOC Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	CCICA	UOC FORMAZIONE
Progettazione del Corso	R	I	C
Svolgimento del corso	R	I	C
Produzione del report	R	I	C

ATTIVITA' 2) Implementazione delle linee guida sull'antibiotico profilassi perioperatoria volta ad uniformare/razionalizzare l'approccio alla profilassi antibiotica			
INDICATORE Organizzazione di una giornata in presenza- entro il 31/12/2022- per la divulgazione del nuovo manuale dell'antibiotico profilassi perioperatoria per i professionisti coinvolti			
STANDARD si			
FONTE CC-ICA/PP10 (PNR 2021-2025)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	Referente/GDL	CCICA	Professionisti coinvolti
Progettazione giornata formativa	R	I	C
Svolgimento attività in presenza	I	R	I

OBIETTIVO B) 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 della ICA incluse quelle da infezione invasive da CRE.

ATTIVITA' 3) Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

INDICATORE Monitoraggio delle notifiche di colonizzazione/infezione e delle batteriemie da CRE			
STANDARD si			
FONTE CC-ICA/PP10 (PRP 2021-2025)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	Referente CCICA	Terapie intensive	CCICA
Notifica colonizzazioni/infezioni	C	R	-
Scheda sorveglianza batteriemie da CRE	C	R	-
Monitoraggio e sorveglianza notifiche	R	I	I

ATTIVITA' 4) Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg di degenza

INDICATORE almeno due report per presidio ospedaliero		
STANDARD si		
FONTE UOC Farmacia		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	CC-ICA	UOC Farmacia
Produzione report	I	R
Verifica report	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITA'5) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)

INDICATORE Interventi di Antimicrobial Stewardship nei reparti ospedalieri		
STANDARD si		
FONTE CC-ICA- Gruppo di Antimicrobial Stewardship		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	CC-ICA	Gruppo di A.S.
Interventi di A.S.	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITA' 6) Elaborazione del piano locale sull'Igiene delle mani riguardante gli Ospedali della ASL Roma 5

INDICATORE elaborazione del piano 2022 e analisi dei risultati dell'autovalutazione di ogni presidio		
STANDARD si		
FONTE Direzioni sanitarie di presidio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	Direzioni di Presidio	CC-ICA
Compilazione ed analisi dei 5 questionari di auto valutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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 in formato pdf nativo all'indirizzo ccrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. Bibliografia, Sitografia

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>

10. 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. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio”;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. 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’”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
15. 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”;
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
17. 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’”;
18. 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”;
19. 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”.
20. Determinazione n. G00164 dell’11 gennaio 2019 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

Il presente documento è stato redatto dal Dott. Filippo Lauria, dalla Dott.ssa Luisa Gatta, dal Dott. Gennaro Cerone, dal Dott. Ludovico Innocenzi, dalla Sig.ra Francesca Baschieri e dalla Sig.ra Serena Cruciani.